



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

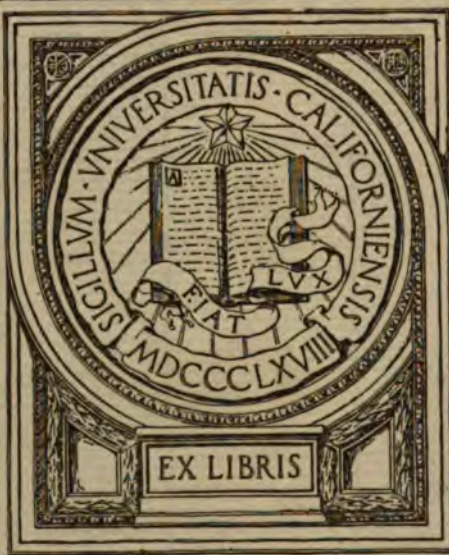
About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



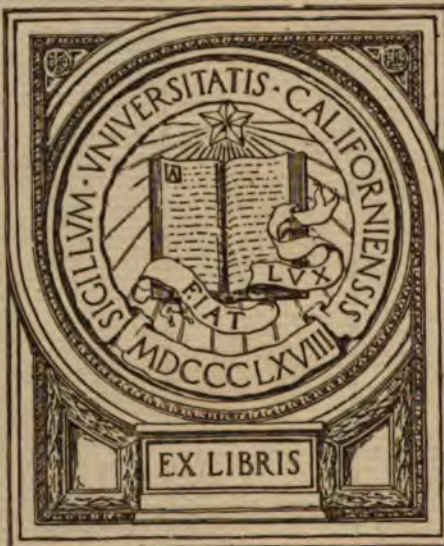
8 3 761 366

MEDICAL SCHOOL
LIBRARY

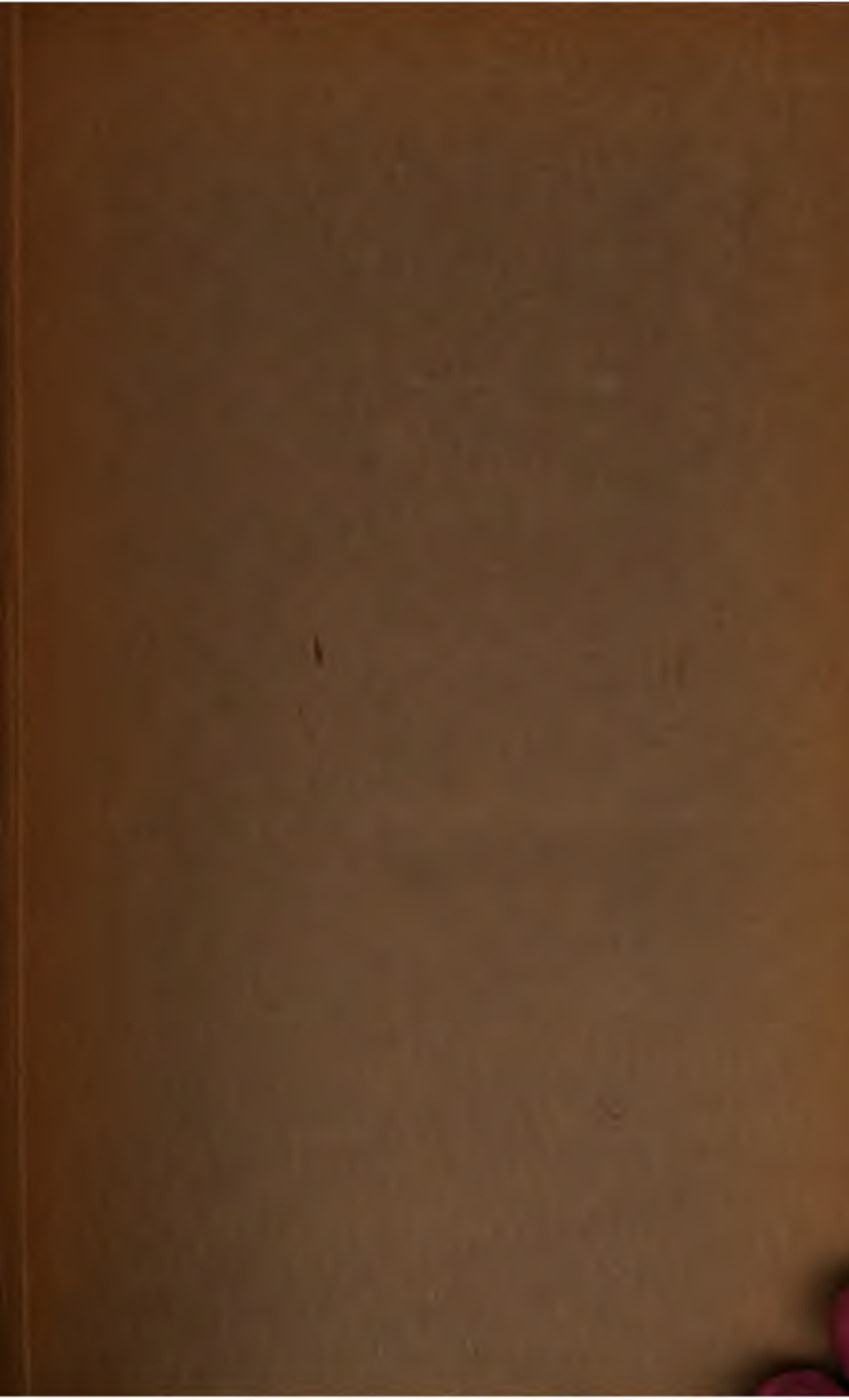


EX LIBRIS

MEDICAL SCHOOL
LIBRARY



EX LIBRIS



SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE
DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Fondée le 22 Juin 1889

BULLETIN DES SÉANCES

1^{re} ANNÉE — 1890

IMPRIMERIE LEMALE ET C^{ie}, HAVRE.

BULLETIN
DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE
DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

PUBLIÉ PAR MM. LES DOCTEURS

ARNOZAN, BARTHELEMY, FEULARD, SCHMITT,
G. THIBIERGE, VERCHÈRE,

SECRÉTAIRES ANNUELS,

SOUS LA DIRECTION

DE

M. le Docteur ÉMILE VIDAL,

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL.

.....
1^{re} ANNÉE — 1890.
.....

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

1890

120001
1001021

· ANNÉE 1890.

COMPOSITION DU BUREAU

<i>Président d'honneur.</i>	M. DIDAY (de Lyon).
<i>Président.</i>	M. HARDY (de Paris).
<i>Vice-Présidents.</i>	{ MM. ERNEST BESNIER (de Paris). ALFRED FOURNIER (de Paris). ROLLET (de Lyon).
<i>Secrétaire général.</i>	M. ÉMILE VIDAL (de Paris).
<i>Secrétaires annuels.</i>	{ MM. ARNOZAN (de Bordeaux). BARTHÉLEMY (de Paris). FEULARD (de Paris). SCHMITT (de Nancy). GEORGES THIBIERGE (de Paris). VERCHÈRE (de Paris).
<i>Trésorier.</i>	M. DU CASTEL (de Paris).

COMITE DE DIRECTION ⁽¹⁾

MM. BALZER.
BOUREAU.
E. GAUCHER.

MM. HALLOPEAU.
MAURIAC.

(1) Le Président, les Vice-Présidents et le Secrétaire général font, de droit, partie du Comité de direction.

MEMBRES TITULAIRES⁽¹⁾

MM. LES DOCTEURS :

Arnozan, agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux, 27 *bis*, pavé des Chartrons, Bordeaux.

Aubert, chirurgien de l'Antiquaille, 33, rue Victor-Hugo, Lyon.

Audouard, ancien interne de l'hôpital St-Louis, 6, rue Mairan, Béziers.

Augagneur, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien de l'Antiquaille, 15, rue St-Dominique, Lyon.

* **Balzer**, médecin de l'hôpital Ricord (Midi), 15, rue Castellane.

Bar, agrégé à la Faculté de Paris, accoucheur de l'hôpital St-Louis, 4, rue St-Florentin.

* **Barthélemy**, médecin adjoint de St-Lazare, ancien chef de clinique de la Faculté à l'hôpital St-Louis, 21, rue de Paradis.

Baudot, ancien interne des hôpitaux, 50, rue Taitbout.

Baudouin, ancien interne des hôpitaux, 1, rue de Lille.

Béclère, ancien interne des hôpitaux, 5, rue Scribe.

* **Besnier (E.)**, médecin de l'hôpital St-Louis, membre de l'Académie de médecine, 37, rue des Mathurins.

* **de Beurmann**, médecin de Lourcine, 40 *bis*, faubourg Poissonnière.

Boureau, médecin de St-Lazare, 9, rue Mazagran.

* **Brocq**, médecin de l'hospice de Larochefoucauld, 12, rue de l'Isly.

* **Bruchet**, ancien chef de clinique de la Faculté à l'hôpital St-Louis, 9, rue du Caire.

Burlureaux, professeur agrégé au Val-de-Grâce, 14, rue Stanislas.

du Castel, médecin de l'hôpital St-Louis, 14, rue de Bellechasse.

Cayla, ancien interne des hôpitaux, 31, avenue de Neuilly.

Cazalis, médecin consultant à Aix-les-Bains (Savoie), 96, rue de Miromesnil, à Paris.

* **Comby**, médecin de Ste-Périne, 13, rue Godot-de-Mauroi.

Coutagne (H.), quai de l'Hôpital, 16, à Lyon.

Darier, chef de laboratoire à l'hôpital St-Louis, préparateur au Collège de France, 33, rue St-Jacques.

Diday, ancien chirurgien de l'Antiquaille, membre associé national de l'Académie de médecine de Paris, 71, rue de la République, Lyon.

Doyon, membre correspondant national de l'Académie de médecine de Paris, médecin consultant à Uriage, 27, rue de Jarente, Lyon.

Dubreuilh (W.), agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux, 14, quai des Chartrons, Bordeaux.

Duguet, agrégé à la Faculté, médecin de Lariboisière, 60, rue de Londres.

Eraud, 24, rue Victor-Hugo, Lyon.

(1) Les noms qui sont précédés d'un astérisque sont ceux des membres fondateurs.

MM. Fabre, à Commeny (Allier).

* **Feulard**, chef de clinique de la Faculté à l'hôpital St-Louis, 20, rue St-Georges.

* **Fournier (A.)**, professeur à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital St-Louis, membre de l'Académie de médecine, 1, rue Volney.

Gailleton, professeur à la Faculté, 76, rue de l'Hôtel-de-Ville, à Lyon.

Gaudichier, rue Notre-Dame-de-Lorette, 20.

* **Gaucher (E.)**, médecin des hôpitaux, 11, rue St-Pétersbourg.

Gémy, professeur à l'École de médecine d'Alger.

Gilbert, agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux, 6, rue Delaborde.

Glénard, professeur à la Faculté, 13, quai de l'Est, Lyon.

* **Hallopeau**, agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital St-Louis, 91, boulevard Malesherbes.

* **Hardy**, professeur à la Faculté de Paris, ancien médecin de l'hôpital St-Louis, membre de l'Académie de médecine, 5, boulevard Malesherbes.

Haushalter, chef de clinique de la Faculté, 4, rue de Joigny, Nancy.

d'Heilly, médecin de l'hôpital Trousseau, 12, rue Halévy.

* **Hermet**, 121, boulevard Haussmann.

Heulz, médecin consultant à la Bourboule, 6, rue de la Bienfaisance à Paris.

Horand, chirurgien de l'Antiquaille, 19, quai de l'Hôpital, Lyon.

Horteloup, chirurgien de l'hôpital Beaujon, 76, rue de la Victoire.

Humbert, agrégé à la Faculté, chirurgien de l'hôpital Ricord (Midi), 34, rue de l'Arcade.

Hutinel, agrégé à la Faculté, médecin des Enfants-Assistés, 13, rue de la Boétie.

Jacquet, ancien interne des hôpitaux, 5, avenue de Messine.

Josias, médecin des hôpitaux, 68, boulevard Malesherbes.

* **Jullien**, agrégé à la Faculté de Nancy, chirurgien de St-Lazare, 12, rue de la Chaussée-d'Antin, à Paris.

Kalindero, professeur de clinique médicale à l'Université de Bucharest ancien interne de l'hôpital St-Louis.

* **Lailler**, ancien médecin honoraire de l'hôpital St-Louis, 3, rue de Bruxelles.

de Langenhagen, ancien interne des hôpitaux, 3, cité Rougemont.

Le Blond, médecin de St-Lazare, 53, rue d'Hauteville.

Le Dentu, professeur de clinique à la Faculté, chirurgien de Necker, membre de l'Académie de médecine, 91, boulevard Haussmann.

* **Leloir**, professeur à la Faculté, membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris, place aux Bluets, Lille.

Lemonnier, à Flers (Orne).

* **Le Pileur**, médecin de St-Lazare, 15, rue de l'Arcade.

Malécot, ancien interne des hôpitaux, 16, rue Daunou.

* **Marian**, chef de clinique de la Faculté, 7, rue Richempanse.

Mathieu, ancien chef de clinique de la Faculté, 12, rue de Châteaudun

Mauriac, médecin de l'hôpital Ricord (Midi), 2, rue Grétry.

Merklen, médecin de l'hôpital St-Antoine, 60, rue de la Boétie.

- MM. Mireur**, médecin des hôpitaux, 1, rue de la République, Marseille.
- Morel-Lavallée**, ancien chef de clinique de la Faculté à l'hôpital St-Louis, 8, rue Taitbout.
- Netter**, agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux, 15, rue du Château-d'Eau.
- Ollivier**, agrégé à la Faculté, ancien médecin de l'hôpital St-Louis, membre de l'Académie de médecine, 5, rue de l'Université.
- Oudin**, ancien interne des hôpitaux, 12, rue de Belzunce.
- * **Ozenne**, chirurgien adjoint de St-Lazare, ancien chef de clinique de la Faculté, 67, rue de la Victoire.
- Pallier**, ancien interne des hôpitaux de Paris, 24, rue des Martyrs.
- Péan**, chirurgien de l'hôpital St-Louis, membre de l'Académie de médecine, 24, boulevard Malesherbes.
- Perrin**, ancien interne des hôpitaux de Paris, 142, rue de Paradis, Marseille.
- Petit (Paul)**, ancien médecin de marine, membre de la Société gynécologique de Paris, 30, rue Racine.
- Pignot**, ancien interne des hôpitaux, 93, rue de Seine.
- Portalier**, 219, rue St-Honoré.
- Pouchet**, agrégé à la Faculté, ancien chef du laboratoire de Chimie à l'hôpital St-Louis, 15, villa de la Réunion, Auteuil.
- Poyet**, ancien interne des hôpitaux, 19, rue de Milan.
- * **Quinquaud**, agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital St-Louis, 5, rue de l'Odéon.
- * **Raymond (Paul)**, ancien interne des hôpitaux, 32, avenue Kléber.
- Renaut (J.)**, professeur à la Faculté, médecin des hôpitaux, 6, rue de l'Hôpital, Lyon.
- Renault (A.)**, médecin de l'hôpital de Lourcine, 58 bis, rue de la Chaussée-d'Antin.
- Reumaux**, médecin des épidémies, médecin du dispensaire municipal, Dunkerque (Nord).
- Riocreux**, 84, rue du Cherche-Midi.
- Rochet**, 7, rue de la Part-Dieu, à Lyon.
- Rollet**, professeur à la Faculté, 41, rue St-Pierre, Lyon.
- Roustan**, rue d'Antibes, Cannes.
- Schmitt**, professeur agrégé à la Faculté, 51, place St-Jean, Nancy.
- Sevestre**, médecin de l'hôpital des Enfants, 7, rue Scribe.
- Spillmann**, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine, rue des Carmes, Nancy.
- Suchard**, ancien interne des hôpitaux, chef du laboratoire d'histologie à la Charité, préparateur au Collège de France, 75, rue Notre-Dame-des-Champs.
- Tavernier**, chef de clinique à la Faculté de Lille.
- * **Tenneson**, médecin de l'hôpital St-Louis, 99, rue de Rennes.
- * **Thibierge (Georges)**, médecin des hôpitaux, 5, rue Rouget-de-l'Isle.
- Trousseau**, médecin des Quinze-Vingts, 10, rue de Rome.

-
- **Verchère**, chirurgien de St-Lazare, ancien chef de clinique de la Faculté, 14, rue de Grenelle.
 - Veyrières**, médecin-consultant à la Bourboule, 2, rue Thénard, Paris.
 - **Vidal (E.)**, médecin de l'hôpital St-Louis, membre de l'Académie de médecine, 65, rue d'Anjou.
 - Viennois**, ancien interne de l'Antiquaille, 30, quai de la Charité, à Lyon
 - Zambaco-Pacha**, ancien interne des hôpitaux de Paris, membre correspondant national de l'Académie de médecine, ancien chef de clinique de la Faculté, 1, rue Aléon, Constantinople.
 - Wickham (Louis)**, ancien interne de l'hôpital St-Louis, 66, rue des Mathurins.
-

MEMBRES TITULAIRES DÉCÉDÉS

- MM. **Ricord**, président d'honneur (1889).
• **Dreyfous**, membre fondateur (1889).
Deligny (1890).

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

MM. LES DOCTEURS :

de Amicis (Tommaso), professeur et directeur de la clinique dermo-syphiligraphique à l'Université, médecin en chef de la section spéciale des maladies vénériennes et cutanées à l'hôpital des Incurables, membre de l'Académie royale de médecine et de chirurgie, via Medina, 47, Naples.

Anderson Mac-Call (Thomas), professeur de clinique interne à l'Université, chef du service des maladies de peau à l'hospice Occidental, 2, Woodside Terrace, Glasgow.

Bergh, professeur de clinique interne, médecin en chef de l'hôpital de l'Ouest (femmes vénériennes), 19, Stormgade, Copenhague.

Bertarelli (Ambrogio), directeur de la section des maladies de peau à l'hôpital Majeur, membre du conseil sanitaire de la province de Milan, rédacteur en chef du *Giornale italiano della malattia venere e della pelle*, via S. Orsola, 1, Milan.

Bœck (Cæsar), chef de la clinique dermatologique à l'Université, Christiania (Norvège).

Brodeur, ancien interne des hôpitaux de Paris et de l'hôpital Saint-Louis, 707, rue Sherbrooke, Montréal (Canada).

Cavafy (John), médecin de l'hôpital Saint-Georges, membre de la Société dermatologique, etc., 2, Upper Berkeley street, Portman square W., Londres.

Crocker (H. Radcliffe), membre du Collège royal des médecins, chef du service des maladies de la peau à l'hôpital de l'Université, médecin des enfants à l'hôpital de l'Est, 121, Harley street, Londres.

Cruyl, chef du service chirurgical à l'hôpital civil et assistant à l'Université, 18, rue Longue-du-Marais, Gand.

Dubois-Havenith, 17, rue du Gouvernement provisoire, Bruxelles.

Duhring (Louis A.), professeur de dermatologie à l'hôpital de l'Université de Pensylvanie, 1416, Spruce street, Philadelphie.

Ehlers (Edvard), chef de clinique de l'Université à l'hôpital Communal de Copenhague.

Euthyboule, médecin de l'hôpital Zeineb-Kiamil, chargé du service des maladies cutanées et vénériennes à l'hôpital français Jérémie, 5, rue Mekteb, Pera, Constantinople.

Finger, privat-docent à l'Université, etc., I, Graben, 26, Vienne.

- MM. Fox (J. Colcott)**, professeur de dermatologie à l'hôpital Westminster, médecin de l'hôpital des Enfants Victoria, membre du Collège des médecins, etc., 14, Harley street (Cavendish square), Londres.
- Godinho (Gorge)**, Lisbonne, rue Garret, 62.
- Haslund (Alex.)**, professeur de dermatologie et de syphiligraphie à l'Université, médecin en chef de l'hôpital Communal, 62, Kjöbmagergade, Copenhague.
- Hebra (H. von)**, privat-docent à l'Université, directeur de la section des maladies de peau à la polyclinique, IX, Mariannengasse, 10, Vienne.
- Janowsky (Victor)**, professeur à la Faculté de médecine tchèque, médecin des hôpitaux, directeur de la clinique dermatologique et syphiligraphique de la Faculté, membre du Conseil d'hygiène de la ville, etc., Hopfenstockgasse, 5, Prague.
- Kaposi (Moritz)**, professeur de la clinique et directeur de la section dermatologique à l'Université, IX, Alserstrasse, 28, Vienne.
- Lang (Eduard)**, professeur à l'Université, médecin en chef de l'Hôpital général, membre de l'Académie Léopoldino-Carolina Cæsarea, I, Ebendorferstrasse, 10, Vienne.
- Living**, médecin du service des maladies de peau, professeur de dermatologie au Middlesex hospital, membre du Collège royal des médecins, 11, Manchester square, W., Londres.
- Malcolm (Morris)**, chef de la section des maladies de peau et chirurgien à l'hôpital Sainte-Marie, rédacteur du *British journal of dermatology*, 8, Harley street, Cavendish square, W., Londres.
- Mannino (L.)**, chef du service des maladies vénériennes et cutanées à l'Hôpital civil, membre de l'Académie royale de médecine, etc., via Cavini, 27, Palerme.
- Mansouroff (Nicolas)**, professeur émérite à l'Université impériale, conseiller d'État, Sadowaja, Porte Rouge, 324, Moscou.
- Morrow (Prince)**, directeur du *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, 66, West, 40th street, New-York.
- Neumann (Isidor)**, professeur de dermatologie et de syphiligraphie à l'Université, directeur de la clinique syphiligraphique, 29, Rostenthurnstrasse, Vienne.
- Olttramare**, professeur extraordinaire de dermatologie et de syphiligraphie à la Faculté de médecine, 11, Corraterie, Genève.
- Pautry**, rue du Mont-Blanc, 4, Genève.
- Pellizzari (Celso)**, professeur ordinaire, directeur de la clinique dermosyphiligraphique à l'Université royale, membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Rome et de Florence, etc., 3, via Franceschi, Pise.
- Petrini**, médecin en chef de l'hôpital Colentina, professeur à la Faculté de médecine, vice-président de la Société des sciences médicales de Bucharest.
- Pharmacopoulos**, Athènes.
- Pick (Filipp-Josef)**, professeur et directeur de la clinique dermatologique et syphiligraphique à l'Université allemande, médecin en chef de

l'Hôpital général, rédacteur en chef des *Archiv für dermatologie und syphilis*, XXXVI, Jungmannstrasse, 41, Prague.

MM. Pospelow, professeur à la Faculté de médecine, directeur de la clinique des maladies cutanées et vénériennes, médecin en chef de l'hôpital de la Miasnitzkaja, membre titulaire de la Société russe de dermatologie et de syphilidologie, etc., hôpital Miasnitzkaja, Moscou.

Pringle, médecin du Middlesex Hospital pour les maladies de peau professeur de dermatologie à l'École de médecine, membre du Collège royal des médecins, 35, Bruton street, Berkeley square, W., Londres.

Riehl, privat-docent à l'Université, médecin en chef à l'hôpital général, rédacteur en chef du journal hebdomadaire de clinique viennois, etc., Johannesgasse, 2, Vienne.

Robinson (A. R.), professeur de dermatologie à la polyclinique, professeur d'anatomie pathologique et de dermatologie au Collège médical des femmes, membre de l'Association dermatologique américaine, etc., 248, West, 42th street, New-York.

Schiff (E.), privat-docent à l'Université, I. Wallfischgasse, 5, Vienne.

Schwimmer, professeur de dermatologie à l'Université royale, médecin de l'Hôpital central et directeur de la section des maladies de peau, vice-président de la Société royale des médecins, etc., II, Josefplatz, Budapest.

Stoukownikoff, professeur de dermatologie et de syphilidologie à l'Université de Saint-Wladimir, etc. Kieff.

Szrwykowski (Michel), ancien assistant à l'hôpital Saint-Esprit, rue Eryvanska, 10, Varsovie.

Tarnowski (Benjamin), professeur à l'hôpital de Kalinkine, professeur à la Faculté de médecine, président de la Société russe de dermatologie et de syphilidologie, etc., quai de la Moïka, 104, Saint-Pétersbourg.

Taylor (R. W.), professeur des maladies vénériennes au Collège des médecins et chirurgiens, chirurgien de l'hôpital de la Charité, chef du service des maladies de la peau à l'hôpital, 40 West, 21th street, New-York.

Thin (George), 22, Queen Anne street, Cavendish Square, Londres.

Unna, directeur de la clinique des maladies de la peau et du *Monatshefte für Praktische Dermatologie*, 5, Park-Allée, Hambourg.

Vajda, privat-docent à l'Université, I. Naglergasse, 28, Vienne.

Valdès-Morel (Alberto), agrégé de l'Université, médecin de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu, Santiago du Chili.

de Watraszewski, médecin de l'hôpital Saint-Lazare, Varsovie.

Welander (Edouard), professeur agrégé de syphilidologie à l'École de médecine (Institut Carolin), médecin en chef de l'hôpital Saint-Georges (St-Göran), 10, Skeppsbron, Stockholm.

STATUTS

ART. I. — Une Société scientifique est constituée à Paris sous le nom de Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

ART. II. — Cette Société se réunit au Musée de l'hôpital Saint-Louis, de 9 heures à 11 heures du matin, le second jeudi de chaque mois, sauf pendant la période des vacances (août, septembre et octobre). Outre les séances mensuelles, la Société tiendra une session annuelle qui aura lieu les jeudi, vendredi et samedi de la semaine qui suit Pâques ; une séance supplémentaire pourrait avoir lieu le dimanche, si elle était demandée et votée.

ART. III. — Tout docteur en médecine peut faire partie de la Société, à condition d'être élu au scrutin secret, par les trois quarts, au moins, des membres présents.

ART. IV. — La Société se compose :

- 1° De membres titulaires ;
- 2° De membres correspondants étrangers.

ART. V. — Les membres titulaires paient un droit d'admission de 10 francs et une cotisation annuelle de 20 francs.

La cotisation peut être perpétuée moyennant une somme de 300 francs. Le versement pourra être effectué en trois annuités consécutives de 100 francs chacune.

ART. VI. — Toutes les affaires concernant la Société sont confiées à un Comité de direction, composé du Président, des trois Vice-Présidents, du Secrétaire général et de cinq membres spécialement élus par la Société.

Ce Comité est plus particulièrement chargé :

- 1° De la publication des travaux ;
- 2° De la gestion financière ;
- 3° De tout ce qui peut intéresser la dignité de la Société.

ART. VII. — A la Société seule, spécialement convoquée, appartient le droit de prononcer la radiation d'un de ses membres.

Cette exclusion ne pourra être prononcée qu'au scrutin secret et à la majorité des deux tiers des membres présents.

ART. VIII. — Toute communication d'une personne étrangère à la Société ne pourra être lue en séance qu'après autorisation du Comité de direction.

ART. IX. — Les membres correspondants étrangers sont agréés comme les membres titulaires, sur la présentation des membres titulaires, mais sous la responsabilité du Comité de direction ; ils sont ensuite nommés par la Société qui décide à la majorité.

ART. X. — Le bureau est composé :

- 1° D'un Président ;
- 2° De 3 Vice-Présidents, dont un choisi parmi les membres résidant dans les départements.
- 3° D'un Secrétaire général ;
- 4° De 6 Secrétaires annuels dont deux choisis parmi les membres résidant dans les départements.
- 5° D'un Trésorier.

Ces membres sont nommés par élection et pour un an.

Le Secrétaire général est nommé pour trois ans et fait, de droit, comme le Président et les Vice-Présidents, partie du Comité de direction.

ART. XI. — Toute proposition tendant à modifier les statuts de la Société doit être signée par dix membres au moins, déposée sur le bureau, renvoyée à une commission ou au Comité de direction, et discutée dans une séance pour laquelle tous les membres titulaires sont spécialement convoqués.

Cette proposition ne peut être adoptée qu'à la majorité des trois quarts des membres présents.

HISTORIQUE

La Société française de dermatologie et de syphiligraphie a été fondée le 22 juin 1889. Un certain nombre de réunions préparatoires eurent lieu pour la discussion des Statuts. Les compte rendus de ces réunions, comme les procès-verbaux *in extenso* des séances et des nominations votées, sont déposés dans les Archives de la Société.

La réunion préparatoire du 8 août 1889, entre autres, laissa au cœur des assistants de précieux souvenirs. Elle eut lieu rue de Tournon, au domicile même du président d'honneur, de Ricord, qui fut, on peut le dire, un des promoteurs les plus ardents de la fondation et l'un des plus convaincus de la prospérité future de la Société. A l'occasion de sa nomination à la présidence d'honneur, il prononça quelques paroles de remerciements (dont on trouvera le texte au compte rendu *in extenso*) et qui sont presque les dernières dites en public par le regretté maître : « C'était là, ajoutait-il, un honneur dont il sentait tout le prix et dont s'éclairait brillamment la fin de sa carrière ».

M. le professeur Hardy, président, fit ensuite l'allocution suivante :

Messieurs,

« Au début de cette première séance constitutive de notre Société de dermatologie et de syphiligraphie, je dois d'abord vous remercier de l'honneur que vous m'avez fait en me choisissant pour être votre président. Je tâcherai de m'en rendre digne en me dévouant aux intérêts de notre jeune Société.

Je ne veux pas vous faire un discours, je vous demande seulement quelques instants d'attention pour vous rappeler les circonstances qui ont fait naître notre Société : cette année, les médecins de l'hôpital St-Louis, dans le but de vulgariser les connaissances médicales sur les maladies de la peau, ont eu l'idée d'instituer chaque semaine une conférence dans laquelle étaient montrés des malades intéressants qui servaient de sujets de discussions relatives au diagnostic et au traitement de l'affection dont ils étaient atteints. Ces conférences, avec ce mode d'enseignement tout nouveau, eurent un plein succès et attirèrent un nombre d'auditeurs plus considérable qu'on n'avait osé l'espérer. Ce succès démontra qu'aujourd'hui beaucoup de médecins s'intéressent aux maladies cutanées et syphilitiques et que nous sommes loin du temps où le traitement de ces affections était abandonné aux charlatans et aux pharmaciens et où un médecin croyait au-dessous de lui de s'en occuper. On comprend maintenant au contraire que l'instruction médicale n'est complète qu'à la condition d'être à même de reconnaître et de traiter ces maladies qu'on rencontre si souvent dans la pratique.

Ces progrès, Messieurs, dans cette branche spéciale de la médecine, je me

hâte de le dire, sont dus principalement aux médecins qui se sont succédé à l'hôpital St-Louis, depuis le commencement du siècle, et qui y ont créé une véritable école de dermatologie, école à laquelle sont venus s'instruire des élèves de toutes les nations. Je crois devoir vous rappeler ici les noms d'Alibert et de Bielt qui, les premiers, ont inauguré l'enseignement des maladies de la peau et qui ont donné un exemple bientôt suivi par leurs élèves et leurs successeurs, Lugol, Gibert, Devergie, Cazenave et surtout mon collègue et ami Bazin; je ne parle, bien entendu que de ceux qui ne sont plus, mais je crois pouvoir ajouter, pour être vrai, que les médecins actuels sont en mérite et en zèle pour la science à la hauteur de leurs devanciers. C'est aux leçons, aux écrits de tous ces médecins de l'hôpital St-Louis que nous devons de voir aujourd'hui les connaissances dermatologiques plus répandues dans le public médical; de même que, d'un autre côté, un travail du même genre s'opérait à l'hôpital du Midi où, il y a 40 ans, se fondait une école célèbre sous l'influence de notre président d'honneur, de notre maître Ricord chez lequel nous avons l'honneur d'être reçus aujourd'hui, de Ricord, ce digne émule de Hunter, qui a ouvert la voie à toutes les connaissances que nous possédons actuellement sur les maladies syphilitiques. Grâce à tous ces efforts, le nombre des médecins s'occupant de dermatologie et de syphiligraphie étant assez considérable, nous avons pensé qu'il était possible et désirable de fonder une Société spéciale s'occupant de ces deux branches de la médecine qui ne peuvent se séparer dans la pratique.

Le moment nous a paru d'autant plus propice que vous avez pu constater le succès de notre congrès international, dans lequel ont eu lieu des discussions et des communications des plus intéressantes. Des sociétés de dermatologie existent déjà et depuis quelques années, dans plusieurs pays, à New-York, à Londres, à Rome, à Prague, à St-Petersbourg, nous devons suivre cet exemple et ne pas rester en arrière. C'est ce qu'ont pensé ceux d'entre nous qui ont eu la première idée de la fondation de notre société; nous devons les remercier et espérer avec eux que la *Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie* prospérera et contribuera aux progrès de la science médicale, dans ses rapports avec les spécialités dont elle doit s'occuper: C'est ce que je souhaite bien vivement! » (*Applaudissements.*)

En vertu de la rédaction statutaire primitivement adoptée, les premières réunions scientifiques de la Société eurent lieu les jeudi, vendredi et samedi de la semaine qui suivit Pâques, soit les 10, 11, et 12 avril 1890.

La Société avait d'abord décidé de se réunir en deux sessions annuelles en avril et en octobre. Lors de la réunion de la première session, l'assemblée générale, spécialement convoquée, vota, le 12 avril 1890, la modification de l'article II des statuts primitifs et adopta la formule précédemment publiée, laquelle reste d'ailleurs ouverte à toutes les améliorations que la pratique fera reconnaître nécessaires.

En vertu de la réglementation nouvelle, les séances eurent lieu, pour l'année 1890, les 8 mai, 12 juin, 10 juillet, 13 novembre et 11 décembre.

BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 10 AVRIL 1890

Présidence de M. le Professeur Hardy.

SOMMAIRE.— Allocution de M. le Président. — Sur une dermatose bulleuse congénitale avec cicatrices indélébiles, kystes épidermiques et manifestations buccales : M. HAL-LOPEAU. (Discussion : MM. E. BESNIER, HARDY, JACQUET.) — Note sur un cas d'hémiplégie et d'hémiatrophie de la langue d'origine syphilitique : M. MAURIAC. — Sur deux cas de lichen ruber plan (lichen de Wilson) à modalités éruptives cutanées différentes, mais présentant tous deux des lésions identiques de la muqueuse buccale : M. H. FEULARD. — Un cas de vaccine compliquée de gangrène au cours d'une syphilis maligne précoce : M. BALZER. (Discussion : MM. DU CASTEL, MAURIAC.) — Syphilide simulant le lupus érythémateux, erreur diagnostique redressée par le traitement : M. A. FOURNIER. — Chancres syphilitiques ayant évolué en moins de vingt jours sans induration ni adénopathie : M. MOREL-LAVALLÉE. (Discussion : MM. A. FOURNIER, MAURIAC, VERCHÈRE, BALZER, BARTHÉLEMY.) — De la réaction de la salive sur le calomel comme moyen de diagnostic de l'intoxication par l'iodoforme : M. BURLUREAUX. — Elections.

ALLOCUTION DE M. LE PROFESSEUR HARDY, PRÉSIDENT

Messieurs,

En inaugurant les séances de la Société Française de dermatologie et de syphiligraphie, ma première parole est une parole de tristesse et de regrets. En effet, peu de temps après avoir constitué notre Société, nous avons eu le malheur de perdre notre premier président d'honneur, M. Ricord. Je crois être ici l'interprète des sentiments douloureux de l'assemblée en consacrant quelques minutes à vous parler de lui. Je n'ai pas l'intention de vous faire la notice biographique de M. Ricord, je craindrais de redire moins bien ce qui a déjà été dit en d'excellents termes.

Je me contenterai de vous rappeler la grande part que Ricord a prise

à la constitution de la doctrine syphiligraphique actuelle. Cette œuvre est immense et, pour la juger, il faut revenir soixante ans en arrière et assister, ainsi que j'ai pu le faire, à la lutte qui s'est engagée au moment où Ricord a commencé à s'occuper de vénéréologie.

En 1830, la confusion la plus grande régnait dans les doctrines syphiligraphiques. On considérait comme synonymes les mots maladies syphilitiques et maladies vénériennes. On enseignait que toutes les lésions situées du côté des parties génitales pouvaient être le point de départ de la syphilis. C'est ainsi qu'on croyait que la blennorrhagie, les végétations, les excoriations quelconques et même les bubons (car on admettait les bubons d'emblée) étaient capables de donner naissance à la syphilis. Si la syphilis venait à se développer, ce n'était pas le fait de la lésion initiale, mais bien plutôt le résultat du tempérament, de la constitution de l'individu : tant valait l'homme, tant valait la suite des accidents primitifs.

En 1831, Ricord, jeune encore, fut nommé à l'hôpital du Midi, où il resta pendant 30 ans comme chirurgien. C'est alors que, après plusieurs années d'observation, il commença à battre en brèche l'idée que toute lésion des parties génitales pouvait engendrer la syphilis.

Il admit, après des observations très bien faites, que les accidents syphilitiques avaient toujours pour point de départ une ulcération chancreuse. Pour la blennorrhagie, en particulier, il établit que cette maladie était une affection purulente locale, sans rapport avec la syphilis, et que, lorsqu'il se développait à sa suite des accidents syphilitiques, il fallait en chercher la cause dans un chancre uréthral, dans un chancre larvé comme il l'appelait.

Cette opinion sur la nécessité de l'existence du chancre, comme origine de la syphilis, fut complétée quelques années plus tard par la découverte d'un élève de l'hôpital du Midi, Bassereau, qui démontra qu'il fallait distinguer deux sortes de chancres : l'un simple, consistant en un accident local ; l'autre infectant, donnant lieu à la syphilis. Ricord fit fructifier cette découverte de la manière la plus utile en établissant les caractères distinctifs de l'ulcération simple et du chancre syphilitique et en divulguant ce fait capital que le chancre simple est inoculable d'une manière indéfinie à celui qui en a été atteint, tandis que le chancre syphilitique ne peut s'inoculer dans les mêmes conditions. C'est ainsi que naquit la doctrine de la dualité des virus, acceptée partout aujourd'hui.

À côté de cette découverte du point de départ de la syphilis, Ricord a aussi démontré la succession régulière des accidents syphilitiques qu'il a divisée en trois périodes : accidents primitifs (chancre), accidents secondaires, et accidents tertiaires pouvant se développer longtemps après le phénomène initial. Cette classification est adoptée maintenant partout, avec quelques modifications ne touchant en rien au principe proclamé par notre regretté maître. Mais Ricord ne s'est pas borné à établir l'histoire

naturelle de la syphilis, il a institué aussi le traitement de cette maladie : c'est lui qui a conseillé comme règle générale d'opposer le mercure aux accidents secondaires et l'iodure de potassium aux accidents tertiaires. Ce n'est pas lui qui a découvert le premier l'utilité de l'iodure de potassium, c'est dans cet Hôpital que Lugol en a reconnu les propriétés, mais Ricord en a vulgarisé l'emploi, en démontrant d'ailleurs que le mercure était un adjuvant puissant du traitement ioduré, ce qui est généralement reconnu aujourd'hui.

Voilà quels sont les traits principaux de la doctrine de Ricord. L'excellence de cette doctrine lui a permis de résister au temps et aujourd'hui, 40 ans après qu'elle a été instituée par lui dans ses cours si suivis, dans ses ouvrages et dans ceux de ses élèves, elle existe encore et est acceptée dans tous les pays civilisés.

Voilà l'œuvre glorieuse qui le rendra immortel et fera que son nom reviendra toujours à la bouche de ceux qui parleront de syphilis. (*1pplaudissements prolongés.*)

Avant de terminer, je rappellerai à vos souvenirs le nom d'un de nos collègues, un des plus jeunes médecins des hôpitaux de Paris, M. Dreyfous, qui vient d'être enlevé prématurément, avant même d'avoir pu siéger au milieu de nous. La mort ne lui a pas laissé le temps de donner la mesure de sa valeur.

Nous allons passer maintenant à la partie scientifique de notre séance et je puis dire d'avance qu'elle sera remplie par d'intéressantes communications.

SUR UNE DERMATOSE BULLEUSE CONGÉNITALE AVEC CICATRICES
INDÉLÉBILES, KYSTES ÉPIDERMiques ET MANIFESTATIONS BUCCALES,

Par M. H. HALLOPEAU.

Le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société est atteint d'une dermatose bulleuse qui me paraît différer de tous les types décrits jusqu'ici, particulièrement par les cicatrices indélébiles que laissent à leur suite les éléments éruptifs.

L'histoire du malade peut être résumée ainsi qu'il suit :

Alexandre A..., âgé de 17 ans, entre le 19 novembre 1889, au n° 52 de la salle Bazin. On ne note pas d'antécédents héréditaires. Ce malade est bien constitué. La santé générale paraît bonne.

Il n'a eu, en dehors de sa dermatose, d'autre maladie qu'un érysipèle généralisé à l'âge de 7 ans.

L'affection cutanée dont il est atteint remonte à la première enfance : il avait 6 semaines quand elle a commencé à se produire ; elle a été pendant longtemps plus abondante qu'elle ne l'est aujourd'hui.

Les bulles qui la constituent surviennent, sans douleur ni prurit, par poussées à intervalles irréguliers.

Leur volume varie de celui d'une lentille à celui d'une pièce de 5 fr.; elles sont entourées parfois, mais non constamment, d'une aréole érythémateuse non saillante; leur liquide est, au début, citrin; il devient parfois purulent; souvent, sous l'influence de traumatismes légers, il se mélange de sang et prend une coloration violacée plus ou moins foncée. Tantôt ces bulles se rompent, tantôt leur contenu se résorbe peu à peu; elles laissent à leur suite des macules brunâtres et plus tard des cicatrices. Elles se développent surtout au niveau des mains, des coudes, des genoux, des chevilles, des orteils, du cou et du front; on en voit quelquefois sur le cuir chevelu; elles se sont produites autrefois en abondance sur le tronc, sans doute pendant les premières années de la vie; les cicatrices nombreuses qu'il présente, cicatrices très analogues à celles qui laissent les bulles sur le cou et sur les membres, en sont les témoignages.

Le malade se souvient qu'à plusieurs reprises il a eu des éruptions entre les épaules et qu'il y a 3 ans une éruption abondante de bulles est survenue sur le devant de sa poitrine. Nous avons vu pendant son séjour à l'hôpital une éruption bulleuse se développer au sternum.

La muqueuse buccale est souvent intéressée.

Les poussées se font tous les quinze jours environ; le travail manuel en amène souvent le retour; elles ne s'accompagnent pas de fièvre; leur durée est en moyenne de 2 à 4 jours; quelquefois elle se prolonge davantage. Quand le contenu des bulles se résorbe graduellement, peu à peu elles s'affaissent et il reste à leur place des plaques noirâtres qui persistent plus ou moins longtemps; les lésions ont intéressé plusieurs fois les matrices des ongles; ces organes sont profondément altérés, et présentent le caractère de l'onychogryphose, plusieurs d'entre eux sont tombés.

Le malade ressent parfois des étourdissements passagers avec troubles de la vue.

Pendant son séjour dans notre service, son éruption a été surtout en activité au niveau des mains et des chevilles; elle présente actuellement en diverses régions des éléments éruptifs en voie de régression; sur toute la surface du corps, on voit des cicatrices, vestiges des poussées anciennes et à leur niveau de nombreux nodules miliaires représentant de petits kystes épidermiques.

Nous devons insister sur les caractères de ces cicatrices.

Sur le front elles sont légèrement saillantes, du volume d'un grain de chènevis ou d'une lentille, résistantes, décolorées, confluentes; elles occupent la partie supérieure de cette région, sur la limite du cuir chevelu.

Il n'y a rien à noter à la face, sauf quelques cicatrices au niveau du menton.

Au cou, les cicatrices sont ovalaires, elles mesurent de 1 à 3 centim. dans leur grand axe sur 1 ou 2 transversalement.

Elles ont pour la plupart un aspect gaufré et présentent un grand nombre de nodules miliaires à leur surface; ces nodules sont décolorés tandis que le fond des cicatrices est plutôt pigmenté. On trouve des cicatrices verticales très nombreuses sur tout le pourtour du cou jusqu'au menton.

Sur le tronc, on voit, en avant, des cicatrices excessivement nombreuses

simulant une éruption confluyente d'urticaire. On note les mêmes plaques saillantes à bords décolorés. Le malade les a toujours connues et ne peut indiquer la lésion initiale qui les a précédées ; mais leur ressemblance frappante avec les cicatrices que l'on voit actuellement succéder aux bulles, les éruptions que le malade dit s'être produites, à différentes reprises, entre ses épaules, celle que nous avons vue se développer au-devant du sternum ne permettent pas de douter qu'elles ne reconnaissent la même origine que les autres.

On trouve tous les intermédiaires entre ces plaques d'apparence ortiée et les cicatrices chéloïdiennes.

Au dos, aux lombes et sur la face postérieure des épaules, les cicatrices offrent le même aspect ; elles sont seulement moins abondantes qu'en avant.

On note, parmi elles, une série de macules rouges qui représentent probablement les vestiges de lésions plus récentes.

Aux membres supérieurs, mêmes cicatrices d'apparence ortiée. Ces cicatrices occupent surtout le côté de l'extension. On note leur absence complète au niveau des plis articulaires (plis des coudes).

Un certain nombre de cicatrices sur le cou et les membres portent des nodules miliaires ; la pression fait sortir de certaines d'entre elles des concrétions d'apparence crémeuse.

Ces dernières lésions sont surtout nombreuses sur l'hélix. Elles sont agminées en plaques reposant sur une surface érythémateuse et se sont manifestées consécutivement aux éruptions bulleuses.

A la paume des mains, la peau présente un aspect chagriné. On y voit de nombreux petits cercles desquamés, dont quelques-uns semblent correspondre à des orifices sudoripares dilatés. Du côté gauche, on observe une cicatrice chéloïdienne en forme de bride saillante d'une étendue verticale de 4 centimètres et représentant un arc de cercle à concavité inférieure.

On note les mêmes cicatrices saillantes, multiples, d'aspect ortié sur les membres inférieurs, sur les cuisses et sur les jambes surtout dans leur région postéro-externe ; mais elles sont moins saillantes qu'au niveau du tronc.

A la partie supérieure du sillon interfessier, une d'elles atteint un diamètre de six centimètres environ et forme une saillie considérable.

Au-devant des genoux, on trouve des macules brunâtres qui représentent d'anciennes bulles. Sur le genou gauche, au-dessous d'une des macules, une croûte résulte de la dessiccation du contenu d'une des bulles.

Au-dessous des malléoles et sur le dos des pieds, il existe des macules, d'apparence cicatricielle, d'un rouge sombre, parsemées de nodules miliaires. Les ongles des orteils sont épaissis et déformés.

Dans la bouche, à la partie antérieure de la voûte palatine, on remarque des saillies lenticulaires agminées dont quelques-unes sont exulcérées à leur partie centrale.

En arrière de la commissure du côté droit, se détache un groupe de saillies miliaires d'aspect cicatriciel.

Le malade dit avoir eu quelquefois des bulles dans la bouche, à la partie antérieure du plancher et sur le palais.

Sur la partie postérieure du pharynx, on voit des dépressions blanchâtres d'apparence cicatricielle, reliquats de lésions anciennes ; il n'y a pas d'adénopathies.

Nous avons assisté plusieurs fois à la formation des nodules miliaires : ils se développent constamment au niveau des macules ou des cicatrices que les bulles laissent à leur suite.

Aujourd'hui le malade, après une période d'amélioration, a de nouveau des bulles multiples sur les doigts ; sous l'influence de légers traumatismes, plusieurs d'entre elles sont devenues hémorrhagiques et douloureuses.

Une biopsie a été pratiquée par M. Darier, qui m'a remis la note suivante : « 1^o *Fragment excisé sur le dos de la main, comprenant une dizaine de grains blancs.* — A l'aide d'un faible grossissement, on voit d'emblée que les grains blancs que l'on distinguait à l'œil nu sont des kystes épidermiques siégeant dans la partie superficielle du derme et séparés de l'épiderme par une mince bande de tissu conjonctif.

« L'épiderme passe en ligne droite au-dessus de la région occupée par les kystes sans se laisser soulever par eux ni présenter de dépression à leur niveau. Cet épiderme paraît tendu ; il n'existe ni papilles ni bourgeons inter-papillaires ; le corps muqueux de Malpighi est un peu aminci par places et ses cellules sont généralement étirées dans le sens horizontal. Les autres couches de l'épiderme, couches granuleuse, lucide et cornée, sont normales. On ne trouve pas de follicules pileux dans le fragment excisé et seulement une unique glande sudoripare dont le canal excréteur s'abouche en un point où les kystes font défaut.

« Le derme, dont la surface est marquée par une ligne droite, les papilles ayant disparu, est formé de tissu conjonctif dense et fibreux, à faisceaux parallèles peu ondulés. La structure de la région superficielle, qui correspond au corps papillaire, est la même que celle du chorion proprement dit. Les kystes sont séparés de l'épiderme par une mince bande de ce tissu fibreux et, sur la série des coupes successives, on ne voit en aucun point les kystes s'ouvrir au dehors ou entrer en connexion avec l'épiderme ; un seul fait exception, j'en parlerai plus loin. On trouve par places, dans ce derme fibreux, de petits amas de cellules lymphoïdes infiltrées entre les mailles du tissu. On a évidemment affaire à un tissu de cicatrice, ainsi que le montrent les caractères que je viens de décrire. Les vaisseaux et capillaires sont assez abondants et remplis de sang.

« Quant aux kystes, leur forme est sphérique ; leur paroi est constituée, exactement comme l'épiderme superficiel, par une couche malpighienne à laquelle succèdent une couche granuleuse peu riche en éléidine, une couche lucide et une couche cornée dont les cellules ont perdu leur noyau. La cavité du kyste est entièrement remplie de couches concentriques de ces cellules cornées qui ont l'apparence et les réactions habituelles. Il n'y a pas de cellules en dégénérescence sébacée, pas de substance colloïde, pas de gouttelettes de graisse et les cellules ne se teignent que faiblement en gris par l'acide osmique.

« Un seul kyste se distingue des autres par sa forme hémisphérique et par sa situation ; il n'est pas inclus de toutes parts dans le derme, mais tient largement à l'épiderme ; son contenu qui est corné, comme celui des autres, n'est séparé de l'air extérieur que par la couche cornée de l'épiderme qui passe au-dessus de lui comme un pont.

« L'origine de ces kystes devient évidente si l'on examine la série des coupes successives (chacun d'eux se trouve divisé en un très grand nombre de

tranches); on constate, sur l'une ou sur deux ou trois des coupes d'un même kyste, qu'il présente à sa partie profonde un prolongement épidermique, comme une queue, prolongement dans lequel il est facile de reconnaître le canal excréteur d'une glande sudoripare. Il est en effet cylindrique, composé d'un certain nombre de couches concentriques de cellules qui bientôt se réduisent à deux, et forment un canal dont on peut généralement retrouver la lumière sur un point de la coupe; le canal m'a souvent paru rempli et oblitéré par un cylindre de matière collode. Ce canal plonge dans la profondeur du derme; mais je n'ai malheureusement pas pu voir le glomérule auquel il aboutit, le fragment excisé ne comprenant pas une épaisseur de peau suffisante. En examinant successivement toutes les coupes on retrouve pour chacun des kystes, même pour celui qui est en rapport direct avec l'épiderme, le prolongement glandulaire qui aboutit à sa partie profonde.

« Il s'agit donc de kystes épidermiques, siégeant dans un derme cicatriciel, en relation avec les canaux excréteurs de glandes sudoripares; on est conduit à penser qu'ils sont dus à l'oblitération cicatricielle de l'orifice de ces canaux.

« 2^e *Fragment excisé au coude.* — Ce fragment ne contient qu'un seul kyste; ses dimensions et sa forme, son siège sont les mêmes que dans les kystes de la 1^{re} pièce. L'épiderme et le derme ont les mêmes caractères et la même structure.

« Une seule différence mérite d'être signalée. Le contenu du kyste, formé comme ci-dessus par des cellules cornées, renferme plusieurs fragments d'un poil follet qui s'y trouvait probablement replié sur lui-même; les cellules cornées sont en outre partiellement infiltrées de graisse. Ce kyste est en rapport à sa partie profonde avec un follicule pileux dont on voit sur les préparations la coupe oblique; le poil, ses gaines, la glande cutanée paraissent normaux. Dans ce cas, le kyste paraît avoir pour origine l'embouchure d'un follicule pileux, ou bien c'est encore un kyste d'origine sudoripare, mais dans lequel a pénétré secondairement un follicule pileux.

« Ces résultats ne donnent aucune indication sur la nature de la maladie et permettent seulement d'entrevoir la nature et le mode de formation des kystes cornés qui sont des *kystes épidermiques* intra-cutanés, dus vraisemblablement à l'oblitération des glandes et des follicules de la peau. »

En résumé, il se produit chez A... depuis sa première enfance, sans prurit ni douleur, des bulles entourées ou non d'une aréole érythémateuse; elles laissent à leur suite des *cicatrices*, d'abord pigmentées puis décolorées et de petits *kystes épidermiques* sous formes de nodules miliaires; les éruptions se font surtout aux extrémités, aux coudes et au cou; elles se manifestent également sur la muqueuse buccale; elles ont été autrefois *généralisées*; elles sont d'ordinaire disposées *symétriquement*.

Les cicatrices qu'elles laissent à leur suite indiquent qu'elles sont de *nature inflammatoire*; comme nous l'avons vu, on constate à leur niveau la disparition des papilles; le derme y est formé de tissu conjonctif dense à faisceaux parallèles peu ondulés; il renferme par places de petits amas de cellules lymphoïdes; ces lésions entraînent la chute ou

l'altération des ongles quand elles se produisent au niveau de leur matrice.

Il résulte des recherches de M. Darier que les *kystes épidermiques* *siègent à la partie superficielle du derme et que vraisemblablement ils sont dus à l'oblitération, soit des conduits sudoripares, soit des follicules pilo-sébacés.* Cette oblitération s'expliquerait par la prolifération du tissu conjonctif survenant consécutivement à la dermatite bulleuse.

Pour ce qui est de la cause prochaine de ces éruptions, on ne peut formuler que des hypothèses ; la plus vraisemblable nous paraît être celle de *ptomaïnes* qui seraient éliminées par les glandes cutanées et détermineraient des poussées de dermatite. On peut invoquer en sa faveur la localisation des érythèmes dans la région où se manifestent de préférence des érythèmes bulleux et diverses éruptions toxiques.

Une trophonévrose nous paraît peu vraisemblable en raison de la généralisation de l'éruption, et de l'absence de troubles de l'innervation. Le caractère inflammatoire de l'éruption suffit à expliquer les troubles de nutrition qui lui font suite.

Faut-il ranger cette maladie, comme le fait Unna pour son *hydroa puerorum*, parmi les dermatites de Duhring et Brocq ? Nous ne le pensons pas : le caractère peu accentué du polymorphisme, l'indolence de l'éruption sauf dans les cas où elle est irritée par un traumatisme, l'influence des violences extérieures sur l'apparition des bulles, les cicatrices qu'elles laissent à leur suite et les kystes épidermiques dont elles provoquent le développement sont autant de caractères qui l'en différencient.

Par contre, M. Vidal a présenté l'année dernière à notre réunion clinique une enfant de 13 ans atteinte d'une affection qui offrait beaucoup d'analogie avec celle de notre malade. Sa maladie a débuté dans le premier mois de la vie par une éruption passagère des bulles à contenu citrin développée au talon ; depuis, on a peu de détails sur son histoire, mais on constate actuellement aux genoux, aux cous-de-pied, au coude gauche et à la face dorsale des articulations des doigts, des surfaces d'un rouge assez vif, non squameuses, ressemblant à des plaques de psoriasis, dont les squames auraient été enlevées. On y trouve disséminés des nodules milliaires semblables à ceux de notre malade ; les ongles sont épaissis et altérés. Il nous paraît probable que ces éléments éruptifs ne sont, comme chez notre malade, que les macules consécutives à des bulles.

Dans la même séance, M. Besnier a dit avoir observé ces nodules épidermiques dans deux cas d'éruptions bulleuses.

Ces faits nous conduisent à admettre l'existence d'une nouvelle espèce de dermatite bulleuse congénitale, caractérisée par les troubles de nutrition que laissent à leur suite ses éléments éruptifs, et particu-

lièrement les cicatrices indélébiles, l'onychogryphose et les kystes épidermiques.

M. ERNEST BESNIER. — La maladie dont M. Hallopeau vient de nous présenter un exemple si remarquable, tout en étant rare, n'est pas absolument inconnue. Nous avons observé, dans des conditions matérielles à peu près identiques, la production presque indolente de bulles se remplissant de sang à leur intérieur sous l'action du moindre choc ou d'un irritant quelconque.

Quant aux cicatrices indélébiles que vient de nous montrer M. Hallopeau, elles existent dans tous ces cas, mais je crois que c'est la première fois qu'on les observe aussi vastes et aussi nombreuses. Ces cicatrices contiennent en quelques points des éléments anatomiques spéciaux que M. Jacquet a étudiés et que je lui laisse à exposer.

Si l'affection dont il s'agit était congénitale, ce serait une maladie inconnue jusqu'ici, au moins pour moi qui ne l'ai jamais vue au moment de la naissance.

M. HALLOPEAU. — L'affection ne s'est produite que six semaines après la naissance. Quant aux cas que vient de nous citer M. Besnier, je désirerais savoir s'ils ont été publiés.

M. E. BESNIER. — Cette maladie n'a pas jusqu'ici reçu de nom spécial, elle est restée classée et décrite parmi les cas de pemphigus.

M. HARDY. — J'ai observé, chez des enfants de tout âge, des cas de pemphigus ayant laissé après eux des cicatrices indélébiles. Dernièrement encore, j'ai revu un jeune homme de 20 ans que j'avais vu pour la première fois, à l'âge de 2 mois et qui est encore atteint d'un pemphigus qui n'a pas disparu depuis son enfance. J'attribue ces cicatrices à la persistance plus ou moins considérable des ulcérations produites chez ces malades soit par le frottement, soit par des irritations prolongées. Il en est de même après l'application d'un vésicatoire; si on ne le laisse que peu de temps sur la peau, sa trace disparaît rapidement; si, au contraire, on l'entretient pendant un, deux ou trois mois au moyen de pommades irritantes, il se forme une cicatrice indélébile.

M. JACQUET. — Les nodules épidermiques, les kystes analogues à ceux que vient de nous montrer M. Hallopeau, ne s'observent pas seulement dans les affections bulleuses. Robinson en a cité un cas très net avec examen histologique dans le lichen plan type (*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, 1888). Les caractères histologiques sont identiques à ceux qu'a signalés M. Darier et à ceux que j'ai constatés moi-même chez l'une des malades de M. E. Besnier. Le plus remarquable de ces caractères est le siège de quelques-uns des kystes dans

la couche supérieure du derme, sans aucune connexion avec la couche malpighienne. M. Darier les regarde comme consécutifs à l'oblitération des canaux excréteurs sudoripares : je ne sais s'il en a la preuve directe, mais elle nous manque, à Robinson et à moi. J'avais, pour ma part, émis une autre hypothèse qui tomberait devant cette preuve.

M. HALLOPEAU. — M. Darier a constaté la présence d'un canal avec une lumière, mais il n'a pu le suivre jusqu'aux glomérules.

NOTE SUR UN CAS D'HÉMIPLÉGIE DROITE ET D'HÉMIATROPHIE DE LA LANGUE D'ORIGINE SYPHILITIQUE,

Par M. CHARLES MAURIAC.

Parmi les nombreuses modalités phénoménales des déterminations de la syphilis sur le cerveau, il y en a beaucoup que leur fréquence, le caractère très saisissant et toujours identique à lui-même de leur syndrome, érigent à l'état de types cérébropathiques dont il est impossible aujourd'hui de méconnaître la nature et les localisations. Mais, sur ce fonds commun qui tend à s'uniformiser de plus en plus à mesure qu'on avance vers les phases ultimes de l'affection, on voit souvent naître et se développer, d'une façon inattendue, des symptômes discordants qui troublent l'harmonie de l'ensemble et déconcertent nos hypothèses, sinon sur la cause de la lésion, du moins sur sa forme, son siège et ses dispositions intra-crâniennes.

Rien de plus fécond que les cérébro-syphiloses en combinaisons bizarres, imprévues et souvent incohérentes. C'est ce qui m'a fait dire : Tirez, comme au hasard d'une loterie, tel nombre de symptômes qu'il vous plaira et n'importe lesquels parmi tous ceux qui produisent les cérébro-pathies d'une provenance quelconque. Eh bien, soyez sûrs que cet assemblage, aussi fortuit, aussi capricieux qu'on peut le supposer, a été réalisé ou sera réalisé par la syphilis cérébrale.

Et quelle complexité plus inextricable encore, plus surprenante quand la symptomatologie ne reste pas circonstrite dans la boîte crânienne, quand elle embrasse, comme cela lui arrive souvent, tout le névraxe, et de méningo-encéphalique, devient cérébro-médullaire !

Dans le cas dont je vais vous entretenir, la détermination de la syphilis sur le cerveau s'exprima dès les premiers jours par des symptômes vagues du côté de la langue et de la gorge, qu'on attribua d'abord à une inflammation bucco-pharyngienne. Puis, peu à peu, le vrai caractère de l'affection se dégagait. D'autres phénomènes d'ordre cérébral survinrent ; quelques-uns s'atténuèrent et disparurent. Il s'en produisit

de nouveaux, et le processus, qui est encore en pleine activité, contribua par la variété de ses péripéties à dissiper l'obscurité qui enveloppait la phase initiale de la maladie.

Son phénomène prédominant, celui autour duquel ont gravité tous les autres, plutôt peut-être par le fait du hasard ou des circonstances topographiques, que par une subordination physio-pathologique, c'est l'hémiplégie et l'hémiatrophie consécutives de la langue du côté droit.

Le patient a aujourd'hui 40 ans ; il était vigoureusement constitué, d'une santé florissante et ne présentait rien dans ses antécédents qui le prédisposât aux affections cérébrales, sauf quelques habitudes alcooliques, peu prononcées du reste, les inquiétudes et les préoccupations morales d'une existence précaire et irrégulière. Il contracta la syphilis à l'âge de 26 ans et la communiqua à sa femme. Il eut les accidents consécutifs qui sont ordinaires dans les syphilis qu'on qualifie à tort de bénignes, c'est-à-dire une éruption érythémateuse superficielle, des maux de gorge, sans aucun trouble de la santé générale. Malgré mes conseils, il se soigna très imparfaitement ; aussi eut-il plusieurs poussées de manifestations secondaires surtout du côté de l'isthme, et il n'en fut débarrassé qu'au bout de 4 ans.

Rien dans tout cela ne présageait les graves événements qui survinrent inopinément à la 14^e année de la syphilis.

Sans aucune cause appréciable, le malade fut pris alors d'une courbature pénible qui s'accroissait le soir et de maux de tête, avec insomnie opiniâtre, qui le torturaient pendant la nuit. Avec son insouciance habituelle, il ne fit aucun traitement, bien qu'il eût conscience que cette fois sa santé était sérieusement menacée.

L'intelligence s'affaiblissait un peu, la mémoire diminuait ainsi que l'attention, l'aptitude au travail et le pouvoir sensuel. En même temps la céphalalgie nocturne redoublait de violence.

Après cette période prodromique qui ne dura pas moins de trois mois et qui ne fit point songer le malade à sa syphilis d'autrefois, la langue devint presque subitement embarrassée dans son mécanisme ; elle se mouvait difficilement pendant la mastication, la déglutition et causait une gêne singulière dans la prononciation et l'articulation de certains mots. C'est alors que l'on crut à une inflammation de l'organe et de la gorge. Il n'y avait eu ni attaque d'apoplexie, ni convulsions, ni perte de connaissance et on était loin de soupçonner que le cerveau était atteint. Cependant il fallut se rendre à l'évidence quelques semaines plus tard, car tout le côté droit du corps s'affaiblit peu à peu et la main droite, prise d'un peu de tremblement, devint incapable d'écrire lisiblement.

Je fus appelé vers cette époque à soigner ce malade. Il ne me fut pas difficile de découvrir la cause, la nature et le siège de son affection. Je le trouvai au lit dans un état de faiblesse considérable. Son intelligence était assez nette et sans aucune perversion ; il n'avait jamais eu de délire ni rien indiquant aucune déchéance intellectuelle. Il s'exprimait

péniblement bien qu'il trouvât les mots propres, mais il lui était difficile de les articuler. Toutefois il me rendit parfaitement compte de son état.

Affaissement profond au moral comme au physique.

La langue était déjà devenue asymétrique par suite d'une atrophie considérable de sa moitié droite qui avait diminué d'un bon tiers. Quand elle était tirée hors de la bouche, elle se recourbait fortement du côté droit et sa pointe s'engageait sous la commissure labiale correspondante.

Toutes les sensibilités étaient atteintes : diminution de la sensibilité gustative, de la sensibilité au toucher, à la douleur, à la température, dans la moitié droite.

Rien du côté de l'isthme.

Parésie légère, avec anesthésie encore moins prononcée dans tout le côté droit. Pas d'incontinence ni de rétention d'urine. Aucun trouble gastrique, ni cardio-pulmonaire.

Je prescrivis un traitement spécifique intensif : 8 gr. d'iodure de potassium et des frictions mercurielles. L'effet curatif se produisit presque immédiatement, du moins à l'égard de quelques symptômes. Ainsi les maux de tête nocturnes disparurent au bout de quelques jours ; mais les phénomènes paralytiques et parésiques obéirent moins promptement à l'action du spécifique. L'hémiplégie droite s'accentua même un peu ; toutefois cet accès ne fut pas de longue durée, et, au bout de trois semaines, le malade put se lever et même sortir se promener, bien qu'il eût quelques vertiges.

Je m'assurai qu'il n'existait aucune incoordination dans les mouvements des extrémités inférieures. La main droite pouvait écrire assez facilement. Bref, il y avait une amélioration générale ; mais l'hémiatrophie linguale avec un trouble assez accentué de la prononciation persistait.

Les choses en étaient là, quand, vers le 4^e mois de l'affection confirmée, c'est-à-dire dans les premiers jours du mois de mars 1890, le malade fut pris, malgré le traitement, d'un trouble prononcé de la vue qui l'empêchait de lire, parce qu'il voyait tout en double. Il lui était survenu une parésie du moteur oculaire externe du côté droit, sans aucune apparence de strabisme. Il persiste encore aujourd'hui.

L'état cérébral actuel est donc constitué, pour le moment, par une hémiplégie droite avec hémiatrophie de la langue, une parésie légère de tout le côté droit, un affaiblissement intellectuel très peu prononcé et qui contraste avec la gravité des autres symptômes, et enfin par des troubles diplopiques résultant de la parésie du moteur oculaire externe.

Il ne peut exister aucun doute sur la nature syphilitique de cette cérébro-syphilose. L'analyse, le processus des symptômes et les effets du traitement en donnent des preuves irréfutables. Le pronostic est évidemment très grave, bien que tout espoir ne soit pas encore perdu. Mais il me semble difficile que la langue recouvre jamais son intégrité. Et puis, en présence de pareils symptômes, ne doit-on pas se demander s'il n'y a pas là un

commencement de paralysie labio-glosso-laryngée, ou'si ce ne sont pas les prodromes d'une ataxie locomotrice progressive?

Je ne le pense pas.

Quant à la localisation précise de la lésion et à sa forme, il est fort difficile de se prononcer et je ne m'aventurerai pas dans toutes les hypothèses qu'on peut faire sur ce sujet.

Il y a longtemps qu'on a observé des cas d'hémiatrophie linguale d'origine syphilitique. Le premier travail un peu complet sur cette question est dû à M. Fairlie Clarke (1873). Il reconnaissait trois classes d'hémiatrophies linguales, suivant qu'elles avaient pour cause des lésions cérébrales, bulbaires ou périphériques. Je serais porté à croire que, dans le cas précédent, il y a eu un syphilome de la base qui a intéressé tout à la fois l'hypoglosse et le moteur oculaire externe du côté droit. Pour expliquer l'hémi-parésie de tout le côté droit, ne faudrait-il pas admettre aussi une détermination sur l'hémisphère gauche ou plutôt une lésion de la capsule interne correspondante? Quoi qu'il en soit, cette affection me paraît plutôt cérébrale que bulbaire et surtout périphérique.

En 1884, M. Ballet démontra la fréquence de l'hémiatrophie linguale chez les tabétiques. Jusqu'à présent mon malade n'a point présenté de phénomènes significatifs du tabes ; mais je crois qu'il ne faut pas rejeter chez lui toute possibilité de cette affection, malgré la prédominance des phénomènes cérébraux.

M. Robert Leudet publia en 1887 un excellent mémoire sur l'hémiatrophie linguale d'origine syphilitique. Il présenta plusieurs faits où elle s'est produite sans aucun symptôme de tabes.

Une circonstance à signaler, c'est qu'elle s'accompagne quelquefois de laryngoplégie. M. Coupard en a observé quelques cas.

Dans une observation fort intéressante de M. Pel d'Amsterdam, on voit aussi la coïncidence de l'hémiatrophie et de la paralysie du récurrent du même côté. Il s'agit d'un homme de 34 ans, atteint de douleurs à la nuque (mon malade aussi en a eu pendant quelques jours), de céphalée, de chute des cheveux, chez lequel survint une hémiatrophie gauche de la langue avec paralysie gauche du voile du palais. Atrophie des muscles sterno-cléido-mastoidien et trapèze du même côté, paralysie du récurrent gauche. Absence de tout signe tabétique.

Faut-il attribuer ces lésions multiples à une altération des noyaux de l'hypoglosse, du glosso-pharyngien et de quelques noyaux du pneumogastrique du côté gauche? M. Pel pense qu'il était survenu dans cette région du bulbe des troubles d'irrigation sanguine par artério-syphilose des petits rameaux de l'artère vertébrale gauche. Ces troubles auraient entraîné une dégénérescence nucléaire.

Il serait difficile d'admettre une pareille hypothèse chez mon malade. Il n'y a chez lui aucune trace apparente d'artériosclérose.

Du reste je m'abstiens de toute supposition sur la constitution intime

et même sur le siège probable de la lésion. Il faut bien reconnaître que, sauf dans les grandes lignes, la plus grande incertitude règne sur les déterminations précises de la syphilis, en tel ou tel point du cerveau et de la moelle épinière. Bornons-nous à dire que le fait que je viens de rapporter, s'ajoutant à d'autres semblables, démontre péremptoirement que l'hémiplégie et l'hémiatrophie de la langue doivent être rangées parmi les conséquences de l'action syphilitique sur l'encéphale. C'est sans doute une manifestation bien rare ; mais elle paraît avoir une autonomie certaine, et elle ne doit pas être considérée comme un symptôme toujours tabétique.

SUR DEUX CAS DE LICHEN RUBER PLAN (LICHEN DE WILSON) A MODALITÉS ÉRUPTIVES CUTANÉES DIFFÉRENTES, MAIS PRÉSENTANT TOUS DEUX DES LÉSIONS IDENTIQUES DE LA MUQUEUSE BUCCALE,

Par M. HENRI FEULARD.

S'il était encore besoin, après les mémorables controverses du Congrès de l'an dernier, de discuter l'autonomie absolue du *lichen de Wilson* et surtout la légitimité des variétés que lui a distinguées et rattachées la plus grande partie de l'École française, opinion dont les communications au Congrès de MM. E. Besnier et Hallopeau ont été la lucide expression, les deux cas que j'ai l'honneur de soumettre à la Société pourraient servir de type à une démonstration de ce genre.

Voici en effet deux malades, une femme de 59 ans et un homme de 30 ans atteints tous les deux de la même affection cutanée et cependant de façon fort dissemblable au premier aspect.

Chez la femme, la maladie a débuté il y a neuf mois ; elle siège sur le dos des mains où vous pouvez constater ces papules sèches, brillantes, de couleur un peu livide, que l'on peut donner comme type des papules du lichen plan proprement dit ; sur les jambes, où se montrent ces grosses papules pigmentées, brunes, kératosiques, qui offrent l'aspect ordinaire du lichen corné, lichen verruqueux corné.

Chez l'homme, atteint seulement depuis deux mois à peine, vous voyez une éruption d'un rouge vif, formée de petites papules miliaires, sèches et brillantes, disposées en grand nombre et tendant à la confluence sur les régions latérales du tronc ; encore discrètes, isolées, minuscules sur les membres, ayant respecté la face ; éruption qui rentre absolument dans le type décrit sous le nom de lichen plan aigu, variété miliaire.

Ainsi donc, d'une part et sur le même sujet *lichen plan commun* des mains, *lichen verruqueux corné* des jambes ; d'autre part sur le second sujet *lichen plan miliaire, aigu*, voilà trois variétés de lichen plan que représentent à elles seules ces deux personnes. Mais ce qui fait

surtout l'intérêt de cette double observation, ce qui établit un lien étroit entre l'éruption de la femme et celle de l'homme, ce qui est la démonstration évidente de l'identité absolue des éruptions, en apparence dissemblables, dont ils sont atteints, c'est que tous deux présentent sur la muqueuse buccale des altérations parfaitement identiques, du *lichen plan typique* de la face interne des joues. Cette manifestation, commune à ces deux sujets et coïncidant avec un mode d'éruption cutanée différent sur chacun d'eux, établit entre les deux cas le lien d'identité indéniable que j'ai énoncé.

L'étude plus détaillée des observations ne fait que confirmer ces propositions.

OBSERVATION I. — A..., 59 ans, cartonnière, entre à la salle Henri IV, le 12 mars 1890 : Régée à 17 ans, ménopause à 49 ans; a eu 8 enfants : 2 seulement sont vivants, le 4^e et le 5^e : le 1^{er} mort de coqueluche à 7 ans; le 2^e mort accidentellement noyé; le 3^e mort en bas âge, de convulsions; le 6^e mort en bas âge, de convulsions; le 7^e mort en bas âge, de convulsions; le 8^e de choléra infantile.

Le père de la malade est mort de dysenterie; sa mère était asthmatique.

La malade a toujours eu une assez bonne santé; elle était sujette autrefois à ce qu'elle appelle des crises nerveuses; il y a deux ans, douleurs rhumatismales dans l'épaule droite; depuis la ménopause, affaiblissement général.

Aucune affection cutanée antérieure à celle-ci. La maladie actuelle a débuté il y a neuf mois par des démangeaisons très vives sur les jambes; puis apparition d'une éruption qui n'a jamais été soignée et est devenue peu à peu ce qu'elle est actuellement (1).

Puis apparition de l'éruption sur les mains; les lésions buccales se sont formées à l'insu de la malade.

ÉTAT ACTUEL. — *Mains.* — L'éruption siège sur le dos des deux mains et un peu sur la face antérieure du poignet et de l'extrémité inférieure de l'avant-bras.

Main droite. — Sur le dos de la main, larges papules, de couleur rouge foncé, dont la dimension moyenne est celle d'une lentille, quelques-unes étant plus petites. Elles sont sèches, forment un relief appréciable à la vue et au toucher. Elles sont légèrement squameuses au centre et la plupart ont une dépression centrale, très manifeste sur quelques-unes. Les plus petites, recouvertes d'une squame gris jaunâtre, brillante, sont entourées d'une auréole rouge, si bien qu'il y a une ressemblance grossière avec une papulo-vésicule. Cet aspect de fausse vésicule est bien plus marqué sur les jambes. Comme disposition éruptive, un groupe principal sur le dos de la main composé d'une quinzaine de papules dont deux ou trois sont déjà confondues par leurs bords, les autres isolées; sur le reste de la face dorsale quatre papules de grandes dimensions disséminées. Au niveau du pli du poignet, groupe de 7 papules; deux ou trois autres disséminées sur l'extrémité inférieure de l'avant-bras.

(1) Musée de l'hôpital Saint-Louis. — Coll. générale, moulage n° 1497. Jambe. — Main. — Langue.

Main gauche. — Les lésions siègent exclusivement sur le dos de la main. On compte une trentaine de papules semblables à celles de la main droite et disposées en trois groupes principaux, deux sur le dos de la main et formés de papules agminées, le troisième au niveau de la tête du premier métacarpien et se prolongeant un peu vers le poignet.

Les deux mains sont le siège d'un prurit intense surtout marqué le soir; ce prurit serait même, au dire de la malade, antérieur à l'éruption.

Jambes. — L'éruption est à peu près symétriquement disposée à la face antérieure des jambes, à la partie externe du cou-de-pied et du dos du pied. Les papules qui la composent présentent, pour quelques-unes, les caractères et les dimensions des papules des mains; mais on trouve, en plus, deux sortes d'éléments qui en diffèrent un peu :

1° De petites papules jaunâtres, cornées, brillantes, entourées d'une auréole rouge, avec dépression centrale (ombilication) donnant l'impression objective de vésicules remplies de liquide dont il semble facile d'évacuer le contenu avec une piqure d'épingle. On peut d'un coup d'ongle soulever et enlever la squame jaunâtre cornée transparente qui donne cette apparence.

2° De gros éléments noirâtres, cornés, d'aspect verruqueux, donnant l'aspect des verrues séniles et pouvant être desquamés par le grattage comme ces verrues. Quelques-uns très volumineux, atteignant les dimensions de pièces de 0,50 cent. et de 1 fr., se trouvent à la partie antérieure moyenne des deux jambes. Sur les pieds, les papules ont l'aspect des papules des mains. sur la face postérieure des jambes, papules disséminées de lichen plan, rosées, non kératosiques; quelques-unes, au niveau des genoux, surtout à gauche et sur les cuisses.

Bouche. — Sur le bord cutané-muqueux de la lèvre inférieure, à la partie médiane, plusieurs taches d'un blanc brillant, de la dimension de petites lentilles, faisant un léger relief et offrant au toucher une certaine consistance. A la face postérieure muqueuse de cette lèvre, traînée blanchâtre, leucoplasique large d'un millimètre environ, disposée verticalement. A la face muqueuse de la lèvre supérieure, traînée blanche analogue, parallèle au bord de la lèvre. A la face interne de la joue, petites plaques blanches leucoplasiques; à la face interne de la joue droite, à un centimètre environ de la commissure, plaques d'aspect leucoplasique, irrégulières, déchiquetées, se continuant sous forme de lignes blanches vers le fond de la bouche. Autour de ces lignes, nombreux points blancs miliaires. Rien sur l'isthme du gosier.

Sur la *langue*, dont les papilles sont très saillantes et qui offre une multitude de petits sillons superficiels, on trouve à la partie médiane des saillies papuleuses blanchâtres, d'aspect leucoplasique, de la dimension d'une lentille à celle d'un grain de mil et plus nombreuses sur la moitié droite que sur la moitié gauche.

En résumé : *lichen plan typique des mains; lichen verruqueux corné des jambes; lichen buccal et lingual.*

OBSERVATION II. — C..., Pierre, âgé de 30 ans, employé de commerce, se présente à la consultation externe le 3 avril 1890.

Sujet vigoureux, bien portant, marié, n'a jamais été malade. Il a eu à subir il y a quelques mois des chagrins et des ennuis d'affaires. Il s'est aperçu il y

a deux mois du début de l'éruption qu'il présente; elle s'est d'abord montrée sur les flancs, discrète; a toujours été sèche.

État actuel (1). — Le malade présente sur le tronc une éruption papuleuse rouge, occupant principalement la portion antérieure des flancs. Elle est composée de petites papules, sèches, brillantes, d'un rouge assez vif, dont la dimension moyenne est celle d'une grosse tête d'épingle. Leur sommet, non acuminé, est d'une teinte un peu plus pâle, ordinairement très brillant; on peut par le grattage enlever quelques petites squames. Vue à un mètre de distance, l'éruption a une apparence vésiculeuse très curieuse.

Les papules sont confluentes sur les flancs et réunies en plusieurs groupes formant de véritables plaques; dans l'intervalle de ces plaques, nombreuses papules isolées.

Au milieu de ces papules miliaries, 5 ou 6 grosses papules, d'un rouge sombre, légèrement squameuses.

Éruption encore discrète sur l'abdomen et le dos; plaque de lichen occupant le segment inférieur de l'ombilic. Éruption très discrète sur les jambes; confluite à la région lombaire: en ce point de nombreuses papules offrent très nettement la forme polyédrique typique des papules de lichen. Quelques excoriations par grattage.

Sur le *gland*, à la base, petites papules sèches, grisâtres, brillantes.

Sur les *bras*, léger degré de xérodémie pileaire; tandis que la face postérieure est à peu près indemne, on trouve à la face antéro-interne l'éruption formée de papules miliaries rosées, disposées symétriquement et apparues seulement depuis 8 jours.

Cavité buccale. — Depuis deux ou trois jours, le malade a constaté que la surface des lèvres devenait un peu squameuse. En ce point cependant, aucune papule; mais, si l'on fait ouvrir la bouche, on trouve, à la face interne des deux joues au niveau des régions qui correspondent aux espaces intermaxillaires, deux groupes formés chacun d'une vingtaine de papules miliaries grisâtres, n'ayant pas la teinte leucoplasique éclatante qui existait dans l'éruption de la malade de l'observation I.

La face est indemne; desquamation pityriasique abondante du cuir chevelu.

En résumé: *lichen plan miliaire en voie de développement; lichen buccal*.

Quelques points particuliers de ces observations méritent d'être relevés:

D'abord, chez la femme, si l'éruption des mains absolument de type classique n'a que rien de très commun, l'éruption des jambes n'est pas absolument ordinaire. J'attire en effet votre attention, d'une part, sur cette desquamation en squames noirâtres, épaisses que produit le grattage de quelques-unes des plaques et des papules de lichen et qui ressemble absolument à la desquamation particulière qui s'observe sur les verrues séniles. Peut-être est-ce à l'âge de la malade qu'il faut rapporter cette particularité.

Je ferai remarquer, d'autre part, l'aspect curieux qu'ont pris, à côté

(1) Musée de l'hôpital St-Louis. — Coll. générale, moulage n° 1503.

des gros éléments cornés noirâtres, un certain nombre de papules plus petites. Grosses comme des lentilles environ, formant un léger relief à la peau, mais sans sommet véritable, de couleur jaunâtre, cornée, brillante, transparente, entourées d'un fin liséré rouge, elles simulent à première vue des pustules, si bien qu'on est d'abord tenté de prendre une épingle et de crever l'enveloppe épidermique pour évacuer un liquide qui n'existe pas. Plusieurs personnes qui ont vu cette malade y ont été prises comme moi, et cet aspect a été reproduit, malheureusement d'une façon incomplète, sur le moulage.

Cette apparence objective vésiculeuse des papules se retrouve également dans l'éruption du malade homme. Les papules, petites, légèrement saillantes, sont tellement brillantes, comme transparentes, que, lorsque le malade retire sa chemise, tout de suite l'idée d'une éruption vésiculeuse miliaire, d'une miliaire sudorale par exemple, vient à l'esprit.

Voilà donc un curieux point de contact nouveau entre nos deux malades.

Les lésions de la bouche, si importantes au point de vue nosologique dans ces deux cas, sont plus marquées chez la femme que chez l'homme, sans doute parce qu'elles sont plus anciennes chez celle-là.

Chez la femme, il y a du lichen lingual ; chez l'homme, on observe surtout, ce qui existe aussi bien marqué chez la femme, cette curieuse disposition des éléments éruptifs sur la face interne des joues, des deux côtés, au niveau de l'espace qui sépare les deux mâchoires ; même disposition des petites papules blanches, mêmes traînées blanchâtres se dirigeant d'arrière en avant. Je ferai remarquer encore que l'homme présente du lichen de la muqueuse du gland.

Quelques mots en terminant à propos de l'étiologie de ces deux cas ; Lavergne, dans sa thèse, donne l'âge de 25 à 50 ans comme l'âge moyen où s'observe le lichen plan ; notre homme a 30 ans ; mais la femme en a 59, âge qu'avait également le plus âgé des malades dont il rapporte les observations.

Chez l'homme, l'éruption a débuté au commencement du mois de février ; chez la femme, au mois de juin.

Tous deux étaient en bonne santé apparente au moment du début de l'affection.

On note chez la femme des antécédents de douleurs rhumatismales, et sa mère était asthmatique ; elle accuse un nervosisme très marqué, ayant eu des crises nerveuses quand elle était jeune et étant restée, dit-elle, fort nerveuse.

L'homme est un sujet vigoureux, n'ayant jamais été malade, il présente seulement du pityriasis du cuir chevelu. Il a eu dernièrement à supporter de grands chagrins et des tourments d'affaires. C'est peu de temps après qu'apparut la dermatose.

Ainsi les conditions étiologiques ordinaires du lichen plan : Âge adulte,

bonne santé antérieure ; début dans la saison printanière ; antécédents d'arthritisme et de nervosisme pour l'une, chagrins et dépression nerveuse pour l'autre, se retrouvent dans ces deux cas et les font rentrer à cet égard dans la règle commune.

L'intérêt principal que j'ai cru y trouver c'est, comme je l'ai dit en commençant, cette identité de l'éruption de la muqueuse buccale avec cette diversité de l'éruption cutanée, identité qui établit d'une manière indéniable les rapports étroits qui unissent ces deux variétés d'une même maladie, de cette maladie bien autonome mais à aspects variés que l'on pourrait se décider à appeler, au lieu de *lichen ruber plan*, *LICHEN DE WILSON* seulement, pour simplifier la nomenclature, éviter la confusion que fait naître encore l'expression *lichen ruber*, et aussi pour ne plus risquer d'être peu exact en étiquetant comme *rouge* et *plane* une éruption qui se présente parfois noirâtre et saillante.

UN CAS DE VACCINE COMPLIQUÉE DE GANGRÈNE AU COURS D'UNE SYPHILIS MALIGNE PRÉCOCE,

Par M. F. BALZER.

Br..., 23 ans, entre le 14 octobre 1889, salle Nathalis-Guillot, n° 43. Chancre de la vulve en mai 1889, et bientôt, malgré un traitement immédiatement institué, roséole, céphalée, alopécie.

Père mort de phtisie ; mère bien portante ; sa sœur a eu comme elle des adénopathies strumeuses sous-maxillaires.

La malade présente une apparence strumeuse très prononcée ; elle est extrêmement pâle, et très faible. Elle a toujours été malade et souffreteuse : on voit plusieurs cicatrices dans la région sous-maxillaire, principalement à gauche. Elle ne tousse pas, elle est assez bien réglée ; pas de grossesse.

Après sa roséole, elle a vu survenir en août des boutons recouverts de croûtes surtout aux membres inférieurs ; dans le dos et dans les reins, il n'y a jamais eu que des papules. Les croûtes n'ont pas tardé à tomber et ont fait place à des ulcérations qui n'ont fait que progresser depuis, malgré le traitement par les pilules de protoiodure d'hydrargyre.

Les membres inférieurs sont couverts de nombreuses ulcérations qui ne laissent entre elles que de petits intervalles de peau saine. Ces ulcérations peuvent atteindre par confluence les dimensions d'une pièce de cinq francs ; la plupart sont petites ou atteignent la grandeur d'une pièce de vingt centimes. Elles ont les bords arrondis ou bien irréguliers, polycycliques. Elles intéressent le derme assez profondément. Leur fond est jaunâtre, fongueux ; elles saignent facilement dès que la malade fait quelques mouvements ou se lève : elles deviennent alors livides, violacées, très douloureuses. Aux pieds, les ulcérations sont moins profondes que sur les jambes. Pas d'œdème des

membres inférieurs; aux hanches, les lésions ont moins de tendance à s'ulcérer, on ne trouve que des syphilides papulo-croûteuses.

Sur tout le tronc, on trouve des syphilides papuleuses, non ulcérées. Il y a un contraste frappant à cet égard entre le tronc et la partie inférieure du corps. Pourtant la malade n'a pas de varices apparentes; elle ne travaille pas à la machine, ne stationne pas debout.

Sur le front, dans les cheveux, quelques papules croûteuses. Plaques muqueuses sur les amygdales.

A la vulve, plaques hypertrophiques sur les grandes lèvres. Vaginite intense avec urétrite, métrite; le col est gros, mou, très rouge et fournit un écoulement purulent très abondant. Rien du côté des annexes. Pas d'albuminurie; mauvaises dents.

Traitement. — Injection sous-cutanée d'un centigramme de benzoate de mercure par jour (formule de Stoukownikoff). A l'intérieur, sirop d'iodure de fer additionné de 0 gr. 50 d'iodure de potassium par cuillerée. Vin de Bagnols. Gargarisme et poudre dentifrice au chlorate de potasse. Attouchements des plaques muqueuses avec la solution de nitrate d'argent au 1/20.

Pansement des ulcérations des membres inférieurs avec des compresses d'eau boriquée. Pour activer le traitement, on donne pendant une quinzaine de jours une pilule de tannate de mercure de dix centigrammes. La malade cesse d'en prendre le 20 novembre, à cause de l'état des gencives et on continue seulement les injections sous-cutanées de benzoate de mercure qui sont parfaitement supportées.

Le 25 novembre, on a dû cesser les injections à cause d'une gingivite légère au niveau des incisives inférieures: on pouvait les reprendre dès le lendemain.

Le 26 novembre, la malade pouvait se lever pour venir au pansement. Les ulcères sont à peu près cicatrisés et remplacés par des plaques violacées et brunâtres. Le 10 décembre, la malade peut être considérée comme guérie; l'appétit est excellent, elle a notablement engraisé. On continue les injections jusqu'au 16 décembre: à cette date elle avait reçu 52 injections.

La vaginite traitée par les grands lavages, les tampons de glycérine résorcinée et de retinol a fini également par céder. Peu à peu, la métrite a diminué, l'écoulement du col a cessé d'être purulent; il a fallu, pour atteindre ce résultat, de nombreuses cautérisations de la cavité utérine avec la teinture d'iode. Cette cavité, d'abord très dilatée, fongueuse, saignant au moindre contact, s'est resserrée peu à peu; au moment de la sortie de la malade, les muco-sités étaient redevenues transparentes et peu abondantes.

En somme, chez cette malade, la blennorrhagie vaginale aussi bien que la syphilis avait pris un caractère de gravité spéciale en raison de la scrofule et du peu de résistance des tissus. Rien ne démontre mieux l'importance de ces causes de gravité que la complication qui survint chez elle après la vaccination et sur laquelle il nous reste à appeler l'attention.

La malade fut vaccinée le 20 octobre, peu de jours après son entrée; sur trois inoculations, une seule réussit, au bras gauche. Le bouton de vaccine assez volumineux parut devoir évoluer normalement tout d'abord. Mais bientôt on constate une induration profonde à son niveau avec érythème assez étendu; le centre de la vésicule prend une teinte noirâtre et s'ulcère. Il se

forme une véritable eschare qui grandit et atteint à peu près les dimensions d'une pièce de deux francs.

Cette eschare superficielle en apparence est traitée d'abord par les pansements à l'iodoforme; on essaie de la détacher, mais on parvient seulement à en décoller une lamelle peu épaisse. Pour la ramollir, on panse successivement avec de la vaseline boriquée, avec du salol employé en même temps que des cataplasmes de fécule, enfin avec des compresses de sublimé ou des compresses d'eau phéniquée. Ces pansements divers ne détachent point l'eschare qui gagne plutôt en profondeur et en surface. On est obligé de les abandonner pour n'employer que des pansements à l'iodoforme ou au salol; c'est ce dernier pansement qui donne les meilleurs résultats. Grisâtre avec les pansements humides, l'eschare devient noire avec le salol, elle s'indure, se cornifie en quelque sorte et présente un aspect qui rappelle assez bien celui de l'eschare causée par la pâte de Vienne. Peu à peu, pendant le mois de décembre, un sillon d'élimination se dessine à sa périphérie: elle cesse de s'accroître et présente à peu près la grandeur d'une pièce de cinq francs. Elle est enchâssée dans une zone épaisse d'induration inflammatoire étendue qui forme une masse compacte avec elle: cette induration a persisté jusqu'à la période éliminatrice. Une nouvelle tentative de pansements humides pour hâter son décollement n'est pas plus heureuse que la première; l'eschare s'accroît un peu sur ses bords qui deviennent livides.

On est obligé de revenir immédiatement au pansement sec avec le salol. Le mois de janvier s'écoule dans le statu quo. Une tentative d'inoculation à un cobaye d'un fragment de l'eschare, faite par M. Thirolloix, interne du service, ne donne aucun résultat.

Le 25 janvier, la malade qui ne prenait que des toniques et du sirop d'iodure de fer depuis la cessation du traitement mercuriel, est soumise de nouveau à un traitement interne plus énergique: 6 grammes d'iodure de potassium par jour, plus deux cuillerées de sirop d'iodure de fer. Pendant le mois de février, l'eschare se sépare de la peau saine par un sillon de plus en plus profond; elle finit par se décoller lentement et par se détacher tout à fait le 14 février. Noirâtre à sa surface libre, elle présente une épaisseur de trois à quatre millimètres à son centre.

Elle laisse après elle une ulcération qui bourgeonne lentement malgré les attouchements au nitrate d'argent et à la teinture d'iode. La malade sort avant sa guérison complète le 1^{er} mars; elle a été revue depuis sa sortie complètement guérie de sa plaie, mais présentant de légères manifestations de la syphilis du côté de la bouche.

L'évolution de cette gangrène peut se résumer de la manière suivante: vaccination le 20 octobre 1889, évolution normale du bouton dans les premiers jours, puis au centre apparition de la gangrène qui dépasse bientôt les limites du bouton; formation d'une eschare adhérente et profonde qui se détache très difficilement et s'agrandit même par de nouvelles poussées; elle tombe le 14 février 1890.

Cette évolution a différé notablement de celle qui a été notée dans la plupart des observations publiées jusqu'ici, en ce sens que jamais le pro-

cessus n'a pris les allures du phlegmon gangreneux. Le sphacèle s'est formé sans réaction générale et sans autre signe de réaction locale que le développement de ce bourrelet induré qui lui servait de support.

Quelles ont été les causes de cette gangrène? Faut-il accuser l'inoculation? Faut-il attribuer une importance capitale à la mauvaise nature du terrain inoculé?

Nul doute pour nous qu'on ne doive tenir compte ici de cette cause qui a été pour le moins prédisposante à un haut degré. La syphilis trouvait chez cette malade un ensemble de conditions favorables à une évolution dangereuse, deux facteurs de gravité venaient aider à son action déprimante. Le premier, c'est la *scrofulo-tuberculose*, avérée chez cette malade, que l'on retrouve dans sa famille et qui se traduit chez elle non seulement par l'habitus extérieur, mais aussi par les cicatrices des lésions ganglionnaires du cou. M. Fournier, dans ses leçons de 1881 et de 1886-88, a insisté avec force sur le rôle important joué par la *scrofulo-tuberculose* comme facteur de gravité de la syphilis.

Après cette cause importante de gravité, nous devons encore considérer au même point de vue chez notre malade la *blennorrhagie*, extrêmement intense chez elle, s'accompagnant d'une suppuration énorme du vagin et de la cavité utérine. L'état de langueur que cause la syphilis était donc exagéré chez cette malade par deux autres causes d'affaiblissement, la *scrofulo-tuberculose* et en seconde ligne, la *blennorrhagie* dont l'influence dépressive et asthénisante se reconnaît chez la femme aussi bien que chez l'homme. La marque de l'action de la *scrofulose* était nettement indiquée chez elle par le type ulcéreux des syphilides qu'elle présentait.

Mais ces causes déprimantes, dont le rôle évident est encore accusé par la marche torpide des lésions ulcéreuses, auraient-elles suffi pour déterminer l'apparition de cette complication rare de la vaccine, à savoir la gangrène? C'est ce qu'il est difficile de déterminer d'une manière exacte. Nous devons faire remarquer pourtant qu'aucune des malades inoculées le même jour n'a présenté d'accident semblable.

D'autre part, faudrait-il l'expliquer exclusivement par l'intensité du processus de la vaccine et comparer cette gangrène à celle qui peut survenir dans diverses inflammations et notamment à celle qui survient dans des lésions cutanées un peu analogues à la vaccine, telle que l'ecthyma ou le zona? Il est certain que la gangrène peut accompagner presque tous les processus inflammatoires; chez les syphilitiques, le chancre, l'ecthyma, la gomme peuvent prendre un caractère gangreneux. Et il est très admissible que la syphilis, véritable source de malignité, suivant l'expression de M. Fournier, puisse favoriser l'apparition de la gangrène au cours d'une lésion provoquée, telle que la vaccine, dont elle viendrait exagérer l'action déjà naturellement destructive. Cette action aggravante de la syphilis est bien connue depuis longtemps et s'observe dans les lésions les plus diverses.

Mais, tout en faisant aussi large que possible la part de la syphilis et des processus locaux dans la pathogénie de cette lésion, il nous est difficile de ne pas croire à l'action de microbes produisant spécialement la gangrène. Bien que la tentative d'inoculation à un animal, faite par mon interne M. Thiroloix, ait échoué, certaines particularités de l'observation ne peuvent nous faire méconnaître leur présence. C'est qu'en effet, leur action ne s'est pas manifestée seulement au moment du processus vaccinal et dans les limites de ce processus, elle a persisté après le temps de son évolution normale. Elle a même eu des retours imprévus à l'occasion des changements de pansement ; la gangrène, arrêtée par les pansements secs au salol, recommençait à marcher avec d'autres pansements également antiseptiques, mais humides. Ce seul fait nous paraît suffisant pour démontrer péremptoirement la présence d'agents septiques indépendants et de la vaccine et de la syphilis.

Nous reconnaissons donc que la gangrène a dû être produite par l'introduction tout à fait fortuite de microbes septiques au moment de l'inoculation et ce fait démontre une fois de plus l'importance des précautions antiseptiques dans la pratique de la vaccine animale, précautions d'ailleurs si consciencieusement prises par les vaccinateurs des hôpitaux. Mais, d'un autre côté, l'influence des conditions de terrain et surtout l'influence de la syphilis seront prises en considération dans la pathogénie, si l'on tient compte de la marche envahissante de cette gangrène, de sa ténacité spéciale, de la lenteur de l'élimination de l'eschare. Il a été notoire, en effet, que la tendance à l'élimination a été à peu près nulle tant que le terrain n'a pas été profondément modifié par le traitement. A ce point de vue même, il a été remarquable de voir que le traitement mercuriel qui avait modifié heureusement les syphilides n'avait pas exercé une action suffisante au niveau de la lésion gangreneuse. Ce n'est qu'au moment de l'emploi de l'iodure de potassium à haute dose que la séparation de l'eschare s'est décidément accentuée. C'est à ce moment que l'induration, qui formait un bourrelet épais autour de l'eschare, est entrée en résolution et que le sillon d'élimination s'est formé. Il nous paraît rationnel de penser que le processus vaccinal et gangreneux avait été une véritable cause d'appel provoquant en ce point la formation d'une véritable induration syphilomateuse semblable à celle que peuvent produire les irritants pathologiques ou expérimentaux d'ordres divers et sur laquelle le traitement spécifique devait avoir une influence qui nous a semblé caractéristique.

M. DU CASTEL. — L'observation de M. Balzer est très intéressante, mais je crois qu'elle a trait à un fait exceptionnel. On vaccine, en effet, tous les jours, dans les hôpitaux spéciaux, des malades atteints de syphilis graves et nous ne voyons presque jamais d'accidents semblables.

Il y a là probablement une cause qui nous échappe, comme M. Balzer

le reconnaît lui-même, et il ne faudrait pas, pour cela, priver les syphilitiques des avantages de la revaccination. La syphilis fait assez de mal par elle-même pour qu'on ne lui attribue pas de nombreux méfaits auxquels elle est étrangère.

M. C. MAURIAC. — Je ne partage pas tout à fait l'avis de MM. Balzer et du Castel : chez les sujets atteints de syphilides malignes, les plus petites lésions deviennent ulcéreuses et gangreneuses. Aussi, sans être le moins du monde ennemi de la vaccination et de la revaccination chez les syphilitiques en général, je crois qu'il faut s'en abstenir chez ceux qui sont atteints de syphilides malignes.

SYPHILIDE SIMULANT LE LUPUS ÉRYTHÉMATÉUX ;
ERREUR DIAGNOSTIQUE REDRESSÉE PAR LE TRAITEMENT,

Par M. ALFRED FOURNIER.

En octobre 1887, je fus consulté par une jeune femme de 26 ans, bien constituée et bien portante, mais affectée d'une lésion labiale qui l'affligeait vivement en ce qu'elle constituait une réelle disgrâce du visage.

Cette lésion, qui va faire l'objet de la communication actuelle, occupait la lèvre inférieure et était constituée par ceci : une sorte de nappe érythémato-papuleuse occupant trois quarts environ de la lèvre, à la fois sur sa face cutanée et sa face muqueuse. D'une part, elle s'étalait sur le segment cutané de la lèvre dans une hauteur de 10 à 12 millimètres ; d'autre part, elle couvrait la semi-muqueuse et se prolongeait sur le segment muqueux, c'est-à-dire sur la face postérieure de la lèvre, dans une étendue à peu près égale à celle qu'elle affectait sur la face antérieure.

Cette nappe éruptive était, je le répète, érythémato-papuleuse, donc tout à la fois rouge et saillante, mais légèrement, très légèrement saillante. Sur la face antérieure de la lèvre, elle s'accusait par une tache nettement délimitée et à contours bien définis, tandis qu'à la face postérieure elle ne se distinguait de la muqueuse saine que par une coloration un peu assombrie et un léger relief de surface.

C'était, ai-je dit, une lésion en nappe et en nappe continue, lisse, absolument lisse, sans aucune saillie partielle, sans tubercules ni nodosités. Son indolence complète permettait de l'explorer minutieusement, voire de la rouler entre les doigts, et l'on sentait alors qu'elle était constituée par un certain degré d'infiltration superficielle du derme, infiltration légèrement rénitente, mais sans dureté réelle, et de plus régulièrement étalée en lamelle. Du reste, les divers modes de la sensibilité

cutanée étaient conservés et normaux dans toute l'étendue de cette lésion.

Enfin, j'aurai achevé tout ce qui a trait à la physionomie objective de la lésion en notant qu'au niveau de la commissure labiale droite, où se terminait environ la nappe érythémateuse, existait un sillon étroit, fissuraire, « en rhagade », rappelant tout à fait l'aspect de certaines plaques muqueuses de cette même région.

Cette lésion, dont le début avait été peu remarqué, s'était constituée d'une façon absolument insensible et sans le moindre trouble fonctionnel même local. Elle pouvait remonter à huit, neuf ou dix mois. En tout cas, depuis quatre ou cinq mois, elle avait atteint son apogée, et était restée depuis lors absolument stationnaire, en dépit de diverses médications d'ailleurs assez anodines.

D'un mot je compléterai l'observation, en disant que rien autre ne s'ajoutait à l'état local que je viens de décrire, ni comme symptôme actuel, ni comme anamnestiques. La santé était florissante, la constitution bonne, toutes les fonctions s'accomplissaient d'une façon irréprochable.

Que pouvait être une telle lésion, pour le moins singulière de par son siège et de par son isolement ?

En tant que physionomie générale, elle se rapprochait tellement du lupus érythémateux, du lupus érythémateux type, de celui qu'a si bien décrit Cazenave, que du premier coup d'œil, aussi bien d'ailleurs qu'après examen minutieux et prolongé, j'aboutis à ce diagnostic. J'en fis donc, sans hésitation, un lupus érythémateux ; et tout me semblait légitimer cette manière de voir : teinte érythémateuse de la nappe éruptive, délimitation bien définie des contours, surface légèrement surélevée au-dessus des téguments sains, sensation d'épaississement et de rénitence, évolution indolente et chronique, etc.

Certes, je songeai bien un instant à la syphilis, mais pour l'exclure, pour l'exclure de par l'absence de tout autre symptôme syphilitique contemporain, de par l'absence de tout commémoratif suspect, comme aussi de par les signes objectifs qui me semblaient n'être pas ceux d'une syphilide. D'ailleurs le mari de la malade, que je voulus interroger à ce sujet, récusait tout antécédent spécifique. Si bien que je me crus autorisé à mettre la syphilis hors de cause ; et là fut mon erreur, là fut la faute, comme vous allez le voir.

Toutefois, le cas était assez étrange pour me faire désirer une confirmation à mon diagnostic. En conséquence j'adressai ma cliente à l'un de mes collègues, lequel, après examen attentif, me la renvoya avec le diagnostic suivant : « Lésion syphiloïde scrofulo-tuberculeuse ; en réalité, *lupus* ». Inutile de vous dire le nom de ce collègue, puisque ce serait le charger désobligeamment d'une erreur ; qu'il vous suffise de savoir qu'il est un de ceux dont, à très juste titre, les diagnostics sont les plus estimés et de vous et de moi.

Et alors, fort de cet assentiment, je passai à la thérapeutique, en proposant à ma cliente de la débarrasser de son lupus par la méthode des scarifications.

Mais, bien heureusement pour elle et pour moi, ma cliente n'était pas très brave. Le seul mot de scarification la terrifia. Elle tergiversa, différa, voulut « attendre » et attendit. Et bien lui en prit d'attendre, car elle donna ainsi le temps de se produire à un autre accident qui devint pour moi un trait de lumière et pour elle un élément de guérison.

Cet accident ce fut une ophtalmie, qui survint six semaines après sa première visite chez moi et à propos de laquelle la malade alla consulter un éminent spécialiste, ami de la famille, le Dr Abadie. Ladite ophtalmie était une kératite parenchymateuse compliquée d'iritis. Or, de par le caractère de la lésion oculaire, le Dr Abadie se crut en droit de la considérer comme *syphilitique* ; d'ailleurs, il n'avait pas de moins bonnes raisons pour en faire une *ophtalmie de syphilis hérédopaternelle*, de par certains antécédents de lui connus. A mon tour j'examinai l'œil de la malade et ne pus que partager l'avis de mon savant confrère. Conséquemment, un traitement spécifique fut institué tout aussitôt, consistant en ceci : frictions mercurielles et iodure de potassium.

Qu'arriva-t-il ? C'est que, cinq semaines plus tard exactement, la malade se présentait à moi absolument guérie, et guérie : 1° de son ophtalmie ; 2° de son lupus, ou plutôt de son prétendu lupus. Et cette guérison qui date de trois ans, ne s'est pas démentie depuis lors.

Donc, la chose est claire, j'avais commis une erreur diagnostique, en considérant comme un lupus érythémateux une lésion qui, bien manifestement, ressortissait à la syphilis, qui, bien sûrement, était une syphilide, puisque le traitement spécifique en avait fait justice avec une rapidité et une intensité thérapeutique absolument significatives.

Messieurs, les erreurs de ce genre, c'est-à-dire les erreurs qui consistent à confondre le lupus avec des syphilides ou réciproquement, ne sont certes pas rares. Mais ici une distinction s'impose. Lesdites erreurs ne sont pas rares en ce qui concerne la *forme tuberculeuse* du lupus, laquelle parfois se rapproche étonnamment, comme chacun le sait, des syphilides tuberculeuses en tant que caractères cliniques et physiologie objective. Mais elles sont infiniment moins communes, voire presque exceptionnelles, dirai-je, relativement à la forme érythémateuse du lupus, au lupus érythémateux de Cazenave, lequel n'a pas son correspondant, son *Sosie* dans les dermatoses syphilitiques, tout au moins dans les dermatoses syphilitiques d'observation courante. Et c'est en cela, c'est à ce point de vue que le cas de ma malade m'a semblé digne de vous être relaté.

Donc, pour conclure, il me paraît dériver du cas en question deux enseignements à enregistrer en nos souvenirs.

I. — Le premier, c'est qu'il existe une forme encore peu connue de

syphilides correspondant trait pour trait, comme signes d'objectivité, au lupus érythémateux ; c'est que cette forme se rapproche absolument du lupus érythémateux et est susceptible de le simuler de par tout un ensemble de caractères qu'il me faut encore rappeler, à savoir : aspect de lésion érythémateuse, semblant n'affecter que superficiellement le derme ; aspect de lésion en nappe, à contours nettement et brusquement arrêtés ; lésion très légèrement papuleuse ; lésion plane et lisse de surface ; lésion fournissant au toucher une sensation de légère rénitence tégumentaire ; lésion aphlegmasique, indolente, et d'évolution chronique, etc. Si bien que cette forme de syphilide peut tromper, vous venez d'en avoir la preuve, des yeux habitués à la pratique de la dermato-syphiligraphie. Si bien que je me demande comment aujourd'hui, bien que prévenu, je pourrais me tenir en garde, le cas échéant, contre une seconde méprise de même ordre, à ne consulter du moins que les signes d'objectivité.

Qu'est-ce donc que cette syphilide, au total ? Au point de vue chronologique, c'est manifestement une syphilide du groupe tertiaire, de par les conditions où je l'ai observée. Au point de vue anatomique, je crois n'être pas moins autorisé à la considérer comme une syphilide néoplasique, tuberculeuse. Seulement, c'est une syphilide tuberculeuse d'un ordre particulier, une syphilide tuberculeuse superficielle et plate, étalée et sans relief, sans tubérosités, sans tubercules isolés ; c'est, qu'on me passe le mot, une sorte de syphilide tuberculeuse passée au laminoir, *laminée*, oserai-je dire ; et peut-être même la dénomination de *syphilide tuberculeuse laminée*, toute incorrecte qu'elle puisse être à plus d'un titre, ne serait-elle pas tout à fait impropre à lui appliquer, comme caractérisant l'un de ses attributs majeurs et celui qui l'expose le plus à la regrettable confusion que j'ai en vue.

Nous ne sommes guère habitués à rencontrer les dermatoses tertiaires que sous forme de grosses lésions, d'infiltration massive ou tout au moins saillantes, exubérantes, tubéreuses, tuberculeuses, etc.

Il ne faut pas cependant que la règle, en l'espèce, efface l'exception. Il ne faut pas que nous méconnaissions ce fait nouveau qui semble bien ressortir actuellement d'une observation plus mûrie et plus attentive, à savoir que la syphilis tertiaire est susceptible, occasionnellement et exceptionnellement à coup sûr, mais est susceptible de se traduire par des expressions cutanées moins grossières, moins importantes comme infiltration et épaissement de tissus. A preuve cette forme de syphilide laminée que je viens d'essayer de décrire et qui, par sa superficialité même, par son caractère de simple érythème à peine doublé d'une minime rénitence foliacée, simule au plus haut degré le lupus érythémateux. A preuve aussi cet autre type d'exanthème rubéolique tertiaire (roséole tertiaire) dont il a été question ces derniers temps et qui sans doute reviendra bientôt en discussion parmi nous.

II. — Un second enseignement (mais sur lequel je ne ferai que passer)

ressort encore du fait en question. C'est l'apparition d'une syphilide de cet ordre à l'âge de vingt-cinq ans, comme conséquence d'une infection héréditaire.

Une échéance aussi tardive (vingt-cinq ans !) eût été faite pour grandement nous surprendre il y a un certain temps. Mais aujourd'hui elle n'a plus qu'un intérêt secondaire, car, depuis que l'attention s'est portée sur ce point si éminemment curieux de la syphilis héréditaire à longue portée, les observations se sont multipliées comme témoignage de la possibilité d'accidents hérédo-syphilitiques dans un âge plus ou moins avancé de la vie. Je me borne donc à signaler le fait au passage, et à le signaler seulement à l'adresse des quelques rares opposants qui récusent encore ou du moins tiennent comme suspecte l'authenticité de ces longues échéances.

Je finis en résumant comme il suit l'observation que je viens d'avoir l'honneur de vous présenter :

Syphilide tuberculeuse lamifiée, développée sur la lèvre d'une jeune femme hérédo-syphilitique, à l'âge de 26 ans, et simulant au plus haut point le lupus érythémateux de Cazenave par l'ensemble de ses caractères objectifs ; erreur commise sur cette lésion, qui est diagnostiquée, après mûr examen, lupus érythémateux, et qu'on se prépare à traiter comme telle ;

A ce moment et par bonheur, invasion incidente d'une ophtalmie hérédo-syphilitique, qui vient fort à propos rectifier le diagnostic ;

Alors, intervention du traitement spécifique ; et, tout aussitôt, guérison de l'une et l'autre lésion, avec une rapidité significative.

CHANCRE SYPHILITIQUE AYANT ÉVOLUÉ EN MOINS DE VINGT JOURS
SANS AVOIR, JUSQU'A PARFAITE CICATRISATION, PRÉSENTÉ D'INDURA-
TION DE BASE NI DONNÉ LIEU A LA MOINDRE ADÉNOPATHIE,

Par M. MOREL-LAVALLÉE.

Le malade croyait avoir eu la roséole l'an dernier bien qu'aucun médecin ne l'eût constaté. Il avait déjà eu de l'herpès génital.

Le 20 janvier 1890, il vient pour la 2^e fois à ma consultation, porteur, sur l'anneau préputial, d'une exulcération gris rougeâtre, pointillée, ovulaire, limitée par un bord qui l'encadre nettement sans faire aucune saillie et en laissant la base parfaitement souple. L'érosion saigne facilement. Aucune adénopathie.

Le chancre mou étant, dès ce second examen, éliminé, le diagnostic flotte entre un herpès solitaire, une syphilide (syphilis ancienne) et un chancre syphilitique.

(Pansement : pommade au calomel 1/30.)

Huit jours après, le 27, la moitié périphérique de l'érosion est cicatrisée spontanément, ce qui élimine l'idée de syphilide. Aucune induration. Aucune adénopathie.

Cependant je ne puis me résoudre à écarter complètement le diagnostic de chancre syphilitique et je préviens mon malade de ne pas se réjouir trop tôt.

Du 29 au 30, la cicatrisation s'achève. Deux jours après, je revois le malade : la cicatrice, lisse, encore irisée et transparente, paraît soulevée dans son ensemble comme un chapiteau. Elle est souple. Pas d'adénopathie.

J'affirme le diagnostic : chancre syphilitique,

21 février. Roséole presque cohérente depuis 4 jours. Cicatrice régulière, mais saillante, rénitente, pâteuse, rougeâtre. Aucune adénopathie perceptible. Il existe cependant un léger degré de sensibilité dans les plis inguinaux, où le doigt à peine à sentir l'existence d'un ganglion moins gros que l'on n'en trouve normalement chez les hommes sains.

Nous avons présenté cette observation parce que si, dans certains cas rares on voit le chancre syphilitique évoluer : 1° sans adénopathie (chancres gangreneux, quelquefois) ; 2° sans induration (quelques chancres nains, surtout chez la femme), il nous semble *exceptionnel* de voir manquer à la fois ces deux signes cardinaux du chancre ; il nous a paru remarquable de voir l'induration ne se développer qu'après la cicatrisation achevée.

Aujourd'hui le malade est affecté de syphilides bucco-pharyngées. Il n'a pas la moindre adénopathie, nulle part. Syphilis bénigne. Pas de dénutrition, perte de poids insignifiante.

On voit sur son prépuce à la place de l'érosion, une élévation irrégulièrement carrée, parcheminée, soulevant comme une pastille insérée sous le derme la muqueuse à peine plus foncée que les tissus voisins.

M. A. FOURNIER. — L'observation de M. Morel-Lavallée me paraît très importante. Elle a trait à un mode exceptionnel de l'évolution syphilitique primitive qui me paraît digne d'étude.

Je pourrais citer 3 ou 4 cas analogues à celui qui vient de nous être communiqué, mais mes souvenirs sont trop peu précis à ce sujet, et je ne parlerai que du plus récent.

Il s'agit d'un malade qui s'est présenté à moi avec une petite érosion très superficielle, sans ganglions, et chez lequel je crus devoir porter un diagnostic rassurant. La cicatrisation se fit assez rapidement, et, huit ou dix jours après, une nouvelle érosion apparut *in situ* et présenta bientôt tous les caractères d'un chancre induré. Plus tard, roséole, plaques muqueuses, etc., enfin la syphilis n'était pas douteuse.

Voilà donc l'invasion syphilitique primitive qui s'est faite, chez ce malade, pour ainsi dire, en deux temps.

Il y a un second point également digne d'attention, c'est l'absence absolue d'adénopathies. Il existe aussi, dans la science, quelques cas de

ce genre. Au dernier Congrès, un de mes élèves en a cité un tout à fait typique. J'en observe encore en ville un certain nombre, en ce moment. L'un, entre autres, est des plus remarquables, le voici en quelques mots :

J'ai vu il y a quelque temps avec M. le Dr Tillaux, un malade affecté d'un chancre induré aussi typique que possible. M. Tillaux l'a examiné en anatomiste qu'il est et n'a pas trouvé la moindre trace d'adénopathie ; je l'ai examiné à mon tour et n'ai pas été plus heureux que lui. Le malade n'en a pas moins présenté tous les accidents classiques de la syphilis.

M. MAURIAC. — J'ai eu l'occasion de rencontrer assez souvent des faits analogues de bénignité et de superficialité du chancre syphilitique avec absence complète d'adénopathie pendant quelques semaines.

Tout récemment, un étudiant en médecine vint me montrer une petite érosion au niveau du filet. Le siège de cette érosion la rendait suspecte ; mais, comme il n'y avait pas trace d'adénopathie, je crus devoir rassurer un peu mon malade, tout en lui conseillant de s'observer attentivement. La cicatrisation se fit et il croyait tout terminé. Il n'en était pas ainsi, car, quelque temps après, il vint me retrouver en me disant qu'il avait réellement la syphilis. A ce moment, en effet, il existait une roséole, des ganglions dans l'aîne et une induration prononcée au niveau de la cicatrice de la première ulcération.

Ce fait est d'autant plus remarquable que, d'ordinaire, l'étendue du chancre et l'importance de l'adénopathie sont en raison inverse l'une de l'autre.

M. VERCHÈRE. — J'ai observé un fait de ce genre il y a un an ou un an et demi. Un élève en pharmacie vint me consulter au sujet de deux ou trois petites érosions présentant assez nettement les caractères de l'herpès, si bien que je conclus de suite à une affection légère. Tout à coup, au niveau du méat, se développa une ulcération donnant une légère sensation foliacée ; je ne crus pas d'abord devoir lui attribuer une grande importance, d'autant plus que l'induration pouvait s'expliquer par la présence d'une vieille blennorrhagie chronique.

J'amena le malade à M. Fournier qui fut aussi de mon avis et diagnostiqua une érosion herpétiforme.

Trois mois après, le malade revint me trouver désespéré : il était porteur d'une syphilis bien confirmée.

M. BALZER. — Dans ces cas où l'évolution locale est si lente, il me paraîtrait rationnel de tenter l'extirpation.

M. BARTHÉLEMY. — Je demanderai à M. Fournier si la syphilis sans adénopathie est aussi grave que celle qui s'accompagne de phénomènes ganglionnaires ?

M. FOURNIER. — Pour répondre avec plus de sûreté à cette question il me faudrait revoir mes observations.

Dans tous les cas, je puis dire dès maintenant qu'il ne faut pas prendre pour des erreurs de diagnostic tous les faits analogues à celui que vient de nous citer M. Verchère. En effet, il arrive fréquemment que le chancre est précédé d'un herpès prémonitoire identique à l'herpès symptomatique que l'on observe si souvent dans les lésions vénériennes de la verge.

M. MAURIAC. — J'ai remarqué que, lorsque le chancre se produit ainsi en deux temps, les accidents qui l'accompagnent ne sont pas d'ordinaire très sévères. Les adénopathies inguinales ne doivent pas non plus être considérées comme graves au point de vue du pronostic ultérieur ; j'ai vu, en effet, des adénopathies monstrueuses ne s'accompagner que d'accidents bénins du côté de la peau ou des muqueuses.

DE LA RÉACTION DE LA SALIVE SUR LE CALOMEL COMME MOYEN DE DIAGNOSTIC DE L'INTOXICATION PAR L'IODOFORME,

Par le Dr BURLUREAUX, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Un soldat de 22 ans, fut envoyé tout récemment dans mon service du Val-de-Grâce pour une éruption scarlatiniforme généralisée qui me semble offrir un certain intérêt au point de vue étiologique.

Cette éruption avait débuté par le bras gauche trois jours après l'application sur ce bras d'un pansement à l'iodoforme : c'étaient d'abord de petites papules se détachant sur un fond rouge, légèrement prurigineuses : le soir même le prurit augmenta en même temps que l'éruption papulo-érythémateuse apparaissait sur le scrotum, la verge, la partie interne des cuisses : le lendemain tout le corps était atteint, le surlendemain la face fut prise à son tour.

Aux papules du début avaient succédé des placards de fine miliaire et sur le fond rouge général une raie tracée avec le doigt apparaissait plus rouge d'abord et blanche ensuite tout comme dans la scarlatine ; la température ne dépassa jamais 38° ; l'état général était cependant défectueux (langue saburrale, prostration).

3 jours après, survint une desquamation furfuracée sur tout le corps et en lamelles épaisses sur le bras primitivement atteint, puis tout rentra dans l'ordre. Nous crûmes d'abord à une scarlatine malgré l'absence d'angine, d'albuminurie, le peu d'intensité de la fièvre, ne pouvant pas admettre que la minime quantité d'iodoforme appliquée sur le bras

gauche ait pu suffire à produire cet exanthème; mais force nous fut de changer bientôt de diagnostic quand nous apprîmes d'une part qu'un accident identique était arrivé au même malade six mois avant, à la suite d'un pansement iodoformé; en outre, les deux expériences suivantes étaient de nature à entraîner notre conviction :

A. Le malade ayant accusé un goût d'iodoforme, nous lui fîmes mettre dans la bouche une pièce d'argent et il perçut de suite un goût nettement alliacé (signe indiqué par le professeur Poncet de Lyon).

B. En mélangeant un peu de sa salive avec une pincée de calomel, nous obtînmes une teinte jaune serin caractéristique; ce signe dont nous ignorions la valeur nous fut indiqué par M. Cauvet, médecin stagiaire qui le tenait lui-même du professeur de Lyon. La teinte jaune est due à la formation d'iodure mercurieux; la réaction est extrêmement sensible : nous avons pu nous convaincre qu'une goutte de solution d'iodure de potassium à un pour quatre mille, mise sur un peu de calomel suffisait pour faire apparaître cette teinte jaune.

Chez notre malade, la réaction indiquée s'observa tous les jours tant que dura l'éruption et disparut d'un jour à l'autre au début de la desquamation. Ce signe peut donc servir au diagnostic d'une intoxication iodurée et iodoformée dans les cas où il y aurait doute sur la nature d'un exanthème scarlatiniforme semblable à celui que nous avons observé.

ÉLECTIONS

Au cours de la séance, ont été nommés :

1^o Secrétaire des séances : M. SCHMITT (de Nancy), en remplacement de M. TAVERNIER (de Lille), démissionnaire.

2^o Membres titulaires : MM. AUDOUARD, à Béziers; AUGAGNEUR, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon; HEULZ, à la Bourboule; REUMAUX, à Dunkerque; VEYRIÈRES, à la Bourboule; ZAMBACOPACHA, correspondant national de l'Académie de médecine, ancien chef de clinique de la Faculté de Paris.

3^o Membres correspondants étrangers : MM. le Professeur STOUKOVENKOFF, à Kiew (Russie); le Dr J.-J. PRINGLE, médecin du Middlesex Hospital, à Londres.

SÉANCE DU 11 AVRIL 1890

Présidence de M. le Professeur Hardy.

SOMMAIRE. — Deux cas de tuberculose cutanée chez des enfants : M. SEVESTRE. (Discussion : MM. HALLOPEAU, E. BESNIER, HARDY, VIDAL.) — Sur un lichen en nappe : M. HALLOPEAU. (Discussion : MM. DUBOIS-HAVENITH, VIDAL.) — Sur une asphyxie locale des extrémités avec polydactylite suppurative chronique et poussées éphémères de dermatite pustuleuse disséminées et symétrique : M. HALLOPEAU. — Les éruptions à la suite de l'ingestion de l'acide urique : M. QUINQUAUD. — Ecthyma infantile chancriforme : M. A. FOURNIER. (Discussion : M. MAURIAC.) — Chancres syphilitiques atypiques : M. DU CASTEL. (Discussion : MM. MAURIAC, ROLLET, BARTHÉLEMY, FOURNIER.) — Trois cas de chancres mammaires : M. DE BEURMANN. (Discussion : MM. A. FOURNIER, ROLLET, FEULARD, SEVESTRE, FOURNIER.) — Traitement de la syphilis par le sparadrap au calomel : M. QUINQUAUD. (Discussion : M. HALLOPEAU.)

DEUX CAS DE TUBERCULOSE CUTANÉE CHEZ DES ENFANTS,

Par M. SEVESTRE.

M. Sevestre présente deux enfants atteints de tuberculose cutanée.

Le premier est un garçon de 9 ans 1/2, qui porte sur différents points du corps des lésions cutanées dont le type le plus complet se trouve sur la face dorsale des deux mains. En ce point, et spécialement du côté gauche, on constate une tuméfaction dont le centre est occupé par une croûte brunâtre fendillée, recouvrant une surface papillomateuse humide mais non ulcéreuse. La zone voisine est d'un rouge violacé et recouverte par places de squames assez fines.

En outre, on constate sur cette zone quelques nodules (tubercules) dont le volume varie depuis celui d'un petit grain de mil, jusqu'à celui d'un grain de chènevis : plus loin, en remontant vers la racine du membre, on rencontre aussi un certain nombre de noyaux plus volumineux au niveau desquels la peau est légèrement squameuse.

Les ganglions épitrochléens et axillaires sont notablement tuméfiés, mais indolents.

Du côté droit, les lésions ont une apparence analogue, mais les nodules secondaires sont moins nombreux. On trouve encore des lésions du même genre sur le bord cubital du poignet droit et sur le dos du pied gauche. Le malade présente également, au-dessous de la région parotidienne droite, une ulcération recouverte d'une croûte brune et qui siège au-dessus d'un gros ganglion; enfin, sur différents points du membre inférieur et dans la région sus-hyoïdienne, on trouve des cicatrices plus ou moins anciennes, dont les unes ont certainement succédé à des éliminations de ganglions, dont les autres peuvent être des stigmates de lésions tuberculeuses de la peau, guéries aujourd'hui.

L'examen bactériologique pratiqué sur les lésions du dos de la main a révélé l'existence de bacilles tuberculeux rares, mais très nets : les poumons sont sains, et l'apparence générale du petit malade est très satisfaisante.

Ce cas paraît être un exemple de la lésion décrite par Riehl sous le nom de tuberculose verruqueuse. Un point intéressant à signaler consiste en ce fait que les ganglions inguinaux du côté droit sont normaux parce qu'il n'existe au pied droit aucune lésion locale, tandis que du côté gauche, aussi bien que dans les deux régions axillaires, les ganglions sont notablement hypertrophiés.

La seconde malade est une petite fille de 6 ans 1/2 qui présente aussi des lésions du même genre, mais moins franchement papillomateuses; il existe plusieurs plaques, mais la plus importante se trouve sur le bord cubital de la main gauche et confine à une dépression aboutissant à une lésion du cinquième métacarpien et de la phalange correspondante. Dans ce cas aussi, les ganglions sont tuméfiés et l'on a constaté l'existence des bacilles.

M. Sevestre se propose de faire à la fois un traitement interne par les injections d'huile de vaseline iodoformée, et un traitement local par l'acide lactique ou le naphthol camphré.

M. ERNEST BESNIER. — Le cas que vient de nous présenter M. Sevestre n'est pas rare à Saint-Louis, il a été décrit par Bazin parmi les scrofules malignes et nous le rangeons aujourd'hui dans cette variété de tuberculoses locales, que nous spécifions sous le nom de scrofulo-tuberculose.

En ce qui concerne le traitement, il ne faut pas laisser de côté la médication interne, mais on ne peut la considérer que comme adjuvante et, comme dans toutes les tuberculoses locales, la lésion doit être attaquée directement et détruite.

M. HARDY. — J'ai souvent observé, lorsque j'étais à Saint-Louis, des cas identiques à ceux que vient de nous présenter M. Sevestre; mais alors le terme de tuberculose cutanée n'était pas employé, et nous

appelions ces malades tout simplement des scrofuloux. Les exemples que M. Sevestre vient de mettre sous nos yeux diffèrent un peu de ce qu'on a l'habitude de décrire sous le nom de tuberculose cutanée, et je crois que, dans le cas présent en particulier, on a tort de rejeter complètement l'expression de scrofulé, qui correspond à une maladie bien réelle, individualisée, donnant lieu à des symptômes variés mais dont la nature est toujours la même.

Quant au traitement, j'avoue que je donnerais la préférence aux moyens internes. J'emploierais volontiers le chlorure de sodium qui m'a toujours donné d'excellents résultats à la dose de 1 à 2 grammes par jour, suivant l'âge.

M. E. BESNIER. — Il n'y a de différence entre l'opinion de M. Hardy et la nôtre que dans les mots. Nous avons, en effet, reconnu que ces accidents étaient de nature tuberculeuse, mais pour bien montrer qu'ils se développaient sur un terrain spécial et qu'ils n'étaient pas identiques à ceux que l'on observe chez les phtisiques, nous les avons appelés scrofulo-tuberculeux.

M. VIDAL. — Je m'associe pleinement aux idées qui viennent d'être émises par M. Besnier : nous avons affaire à de la tuberculose chez des sujets scrofuloux et le traitement local est celui qui est indiqué. C'est à la cautérisation énergique qu'il faut recourir de manière à détruire plus complètement les germes infectieux. Cette cautérisation devra être faite à plusieurs reprises, de manière à arrêter toute repullulation.

M. SEVESTRE. — Si les cas semblables à ceux que je viens de présenter ne sont pas rares à l'hôpital Saint-Louis, il n'en est pas de même dans les autres hôpitaux. Du reste, j'ai voulu surtout en vous le montrant, prendre les avis au sujet du traitement à suivre. M. Morel-Lavallée a cité plusieurs cas d'améliorations par l'emploi de l'acide lactique chez ces malades, c'est pourquoi j'en ai fait mention.

M. E. BESNIER. — L'acide lactique est un des meilleurs modificateurs des lésions tuberculeuses ouvertes ; mais, ici, la peau, les tissus sous-cutanés et même le périoste sont atteints et l'acide lactique, tout en provoquant de grandes douleurs, resterait impuissant. Le feu, au contraire, produit les meilleurs effets, et nous pouvons nous en servir facilement grâce à l'emploi anesthésique du chlorure de méthyle qu'on applique deux ou trois fois successivement, en ayant soin de laisser revenir chaque fois la peau à son état normal. La congélation rendue ainsi plus profonde, en suivant le procédé indiqué par M. Vidal, produit une certaine douleur qui disparaît rapidement pour faire place à une insensibilité presque com-

plète. On évite ainsi d'avoir recours au chloroforme qui pourrait être dangereux à cause du nombre souvent considérable des interventions successives.

SUR UN LICHEN EN NAPPE,

Par M. HALLOPEAU.

Le lichen dit planus présente, à côté de sa forme typique, de nombreuses variétés qui nécessitent l'adjonction à son nom de diverses épithètes : c'est ainsi que l'on distingue des lichens plans corné, verruqueux, obtus, acuminé, en collier de corail et scléreux.

Le fait que nous avons l'honneur de communiquer à la Société montre que cette énumération n'épuise pas la série. M. R..., après avoir été atteint il y a cinq ans d'une éruption typique de lichen plan (un moulage de Baretta nous en a conservé le témoignage), présente aujourd'hui une dermatose que l'on pourrait hésiter à considérer comme étant de même nature, car ses éléments ne font aucun relief.

En se reportant aux notes prises lors du premier séjour de R..., on voit que dès lors, à côté des plaques de lichen, se trouvaient des taches non saillantes ; et le malade assurait que tel est constamment le point de départ de l'éruption.

Son histoire peut être résumée ainsi qu'il suit :

OBSERVATIONS. — Le nommé B... R., âgé de 56 ans, peintre décorateur, entre le 19 septembre 1884, salle Hillairet.

Son éruption a débuté, en 1879, par le développement d'une plaque au-dessus et en dedans du genou gauche ; elle est restée longtemps isolée, tout en s'agrandissant peu à peu.

En 1881, apparaît une petite tache non saillante à la partie postérieure de la jambe gauche ; cette tache s'étend de même progressivement et petit à petit ; une tache semblable se manifeste bientôt au niveau du tendon du triceps sural.

En 1884, au mois de janvier, le malade remarque sur la jambe droite une autre petite tache rouge qui s'étend en surface en même temps qu'elle devient de plus en plus saillante. Depuis lors, sur les mêmes membres, d'autres macules se manifestent et suivent le même développement ; la santé générale reste bonne.

Le 20 septembre on voit, sur la face dorsale du pied droit, des saillies papuleuses, saillantes, luisantes, résistant sous le doigt, de dimensions variables ; les plus petites ont celles d'une tête d'épingle, d'autres atteignent celles d'une lentille ; certaines d'entre elles sont recouvertes de squames, tantôt périphériques, tantôt centrales ; elles sont en général,

de couleur rouge sombre. Leur principal siège se trouve sur la face antérieure du membre. Quelques-unes sont agminées et se touchent.

A la jambe droite, les papules sont plus considérables. On en voit une au cou-de-pied, un groupe à la partie inférieure et antéro-externe, d'autres à la partie postérieure externe du membre; elles remontent jusqu'à sa partie moyenne; des plaques sont formées par la confluence d'un nombre variable de papules; leurs contours sont sinueux; aucune n'est nettement circulaire. Leur saillie est assez considérable: la plus grande atteint le diamètre d'une pièce de 0,50 cent; d'autres sont miliaires, on les voit surtout au pied; on trouve tous les intermédiaires. Quelques-unes sont entourées d'un cercle érythémateux de petites dimensions.

On voit en outre, à la jambe gauche, deux taches allongées verticalement, l'une de coloration biliaire, l'autre de coloration rouge brun; elles ne s'effacent pas sous la pression des doigts. Sur la première, l'épiderme est ridé, elles ont débuté par des macules.

Le malade assure que constamment les papules sont de beaucoup postérieures aux macules: avec la papule apparaît l'induration.

A la jambe gauche, se trouvent les deux plaques apparues les premières: ce sont deux taches non saillantes, d'un rouge brun. Vers le genou, on voit une éruption de papules analogues à celles du membre opposé, de dimensions et de couleurs variables. Au-devant de l'extrémité supérieure du tibia, elles forment une plaque dont le grand diamètre transversal mesure cinq centimètres, le plus petit 2 cent. $1/2$; elle est saillante, à bords sinueux, couverte de squames et de coloration rouge brun.

Sur chaque plaque saillante, on voit, à un examen attentif, un grand nombre de dépressions en cupules qui représentent des orifices glandulaires dilatés.

Sur un certain nombre de papules, on voit de petites masses épidermiques au fond d'une cupule entourant la base du poil.

L'éruption est traitée par des applications de la pommade suivante:

Vaseline blanche	100 gr.
Sublimé	0 gr. 20
Acide phénique	4 gr.

19 avril. Il n'y a pas d'abord d'amélioration; mais bientôt les papules s'affaissent, les plaques pâlisent et l'éruption disparaît sans laisser de traces.

Pendant 5 ans, il ne se produit pas de nouvelle manifestation. En janvier 1890 seulement, le malade voit apparaître l'éruption actuelle, ce sont d'abord des taches d'un jaune brunâtre qui envahissent la partie supérieure de la jambe gauche; elles s'agrandissent sans former de saillie appréciable au-dessus de la peau; elles donnent lieu par instant à du prurit; on voit au-dessous du genou gauche, au niveau de la tubéro-

sité antérieure du tibia, une plaque large de six travers de doigt et haute de deux : violacée dans la plus grande partie de son étendue, elle prend à sa périphérie une coloration d'un jaune foncé qui rappelle celle de la bile; elle s'efface en partie sous le doigt : dans sa partie centrale, la peau est légèrement épaissie. Nulle part on ne voit de nodules ni de papules. Cependant on note, sur cette plaque, des dépressions punctiformes identiques à celles que l'on observe dans le lichen. A la partie externe de la même jambe, se trouvent des plaques analogues, mais de dimensions plus restreintes. Leur coloration est du même jaune foncé avec points plus pigmentés. Aucune d'elle n'est saillante. Leur aspect rappelle celui d'ecchymoses déjà anciennes.

Il existe des plaques identiques au niveau des malléoles internes : elles présentent la même coloration, les mêmes points noirâtres, nombreux, qui paraissent, comme les dépressions punctiformes de la grande plaque, répondre à des orifices glandulaires, les uns ouverts, les autres masqués par l'épiderme.

9 avril. La plaque située au-dessous du genou gauche s'est étendue ; elle présente dans la plus grande partie de son étendue une coloration d'un rouge vif ; sa surface est lisse ; elle est partiellement recouverte de très minces croûtelles consécutives à l'application d'un emplâtre au bichlorure. Plus en dehors on voit des grains isolés, qui semblent correspondre à des orifices glandulaires. Le malade, fort attentif, a remarqué que les lésions commencent par être jaunes, puis deviennent rouges dans la suite. Les éléments éruptifs se sont multipliés et on peut voir toutes les phases intermédiaires entre les altérations initiales et ces grandes plaques. Ce sont d'abord de petites taches punctiformes d'un jaune sombre qui paraissent correspondre aux orifices glandulaires : puis ces grains se groupent en plaques qui prennent une coloration d'un jaune sombre. Les plaques plus anciennes deviennent d'un rouge vif. La coloration jaune sombre domine ; elle est très différente de celle qui s'observe dans le lichen plan vulgaire.

Le malade éprouve une sensation prurigineuse au niveau des plaques.

A la jambe droite, l'éruption remonte à deux mois ; il y a des plaques nombreuses autour du genou, d'une coloration rouge sombre ; on note les mêmes grains pigmentés dont les uns répondent manifestement aux orifices glandulaires, tandis que les autres paraissent recouverts par l'épiderme : la coloration de ces plaques rappelle celle du pityriasis versicolor.

Au-dessous de la malléole externe, une plaque rouge sombre, plus épaisse, ressemble à une plaque affaissée de lichen plan.

Le malade a des varices volumineuses.

Le diagnostic ne peut faire l'objet d'un doute : la coloration de plusieurs des plaques, les orifices dilatés qu'elles présentent, la coexistence antérieure de ces mêmes éléments avec des papules caractéristiques de lichen

plan ne peuvent laisser de place au doute; ce qu'il y a de remarquable, c'est l'absence de toute saillie, la distribution de l'éruption en larges plaques, la coloration jaune biliaire que celles-ci présentent à leur périphérie, et les graines punctiformes dont elles sont criblées. Nous proposons d'appeler *lichen en nappe* cette nouvelle variété d'éruption; elle a surtout de l'intérêt au point de vue du diagnostic qui pourrait être hésitant, si le malade n'avait pas eu antérieurement un lichen bien caractérisé.

M. DUBOIS-HAVENITH. — J'ai observé dernièrement, un cas de lichen plan assez curieux.

Il s'agit d'un lichen de Wilson généralisé, au cours duquel eut lieu une poussée d'éruption pemphigoïde développée tout d'abord sur les régions non envahies par le lichen et ayant gagné, au bout de 15 jours à trois semaines, toutes les autres parties. Tout est rentré ensuite peu à peu dans l'ordre, et aujourd'hui on ne remarque plus chez lui que les laches pigmentaires consécutives au lichen et du lichen plan corné des membres inférieurs.

M. VIDAL. — J'ai présenté à une de nos Réunions du jeudi un malade atteint d'une variété de lichen que je rattachai au lichen plan, et l'observation que vient de nous rapporter M. Hallopeau me confirme dans mon opinion. Ce malade était porteur de larges plaques dans lesquelles la résolution s'est faite du centre vers la périphérie. Il existe certainement un grand nombre de variétés de lichen plan peu connues et qui n'ont pas encore été classées.

— — — — —

SUR UNE ASPHYXIE LOCALE DES EXTRÉMITÉS AVEC POLYDACTYLITE
SUPPURATIVE CHRONIQUE ET POUSSÉES ÉPHÉMÈRES DE DERMATITE
PUSTULEUSE DISSÉMINÉE ET SYMÉTRIQUE,

Par M. H. HALLOPEAU.

On sait depuis longtemps que l'état morbide décrit par Maurice Raynaud sous le nom d'asphyxie locale des extrémités entraîne parfois à sa suite différents troubles de la nutrition : ce sont le plus le souvent des gangrènes symétriques, quelquefois des lésions sclérodermiques.

L'histoire du malade que nous avons l'honneur de présenter à la Société montre que les accidents consécutifs à cette affection peuvent être beaucoup plus complexes. Nous avons vu en effet se développer chez lui, à la suite des accès d'asphyxie locale, des polydactylites suppurées et des poussées successives de dermatites pustuleuses disséminées. L'étude de ces diverses manifestations symptomatiques nous a montré que la

névrose vaso-motrice a été le phénomène initial et qu'il s'agit d'une maladie de Raynaud compliquée.

Nous allons voir quels sont les caractères de ces manifestations anormales et rechercher comment on peut les interpréter.

L'histoire du malade peut être résumée ainsi qu'il suit :

F..., ouvrier gantier, âgé de 69 ans, entré le 14 octobre 1889 au n° 33 de la salle Bazin. C'est un homme de grande taille qui paraît avoir été vigoureusement constitué.

Il a, depuis son enfance, des accès fréquents d'asphyxie locale des extrémités ; ils se produisent surtout sous l'influence du froid ; leurs caractères sont tout à fait typiques. Quand ils surviennent, le malade éprouve, dans la plupart des doigts, une sensation de refroidissement ; ils deviennent livides, d'une pâleur cadavérique, insensibles au contact, incapables au travail ; ils ne peuvent plus saisir ni tenir les outils. Au bout d'un laps de temps qui varie d'une heure à cinq ou six heures, la circulation se rétablit, il se produit dans les parties atteintes des sensations de fourmillement ; les doigts intéressés deviennent l'un après l'autre violacés et recouvrent graduellement leur sensibilité. Les orteils peuvent être affectés suivant le même mode ; il en est de même parfois du nez et des oreilles ; ces accès n'intéressent pas également tous les doigts, non plus que tous les orteils ; certains d'entre eux, toujours les mêmes, sont relativement épargnés. Le fait a été constaté par le malade et l'on a pu reconnaître, dans le service, l'exactitude de ses assertions.

Ces accès n'étaient jusqu'à ces derniers temps accompagnés d'aucun trouble trophique. Au milieu d'août 1889, il s'est produit une rougeur avec douleur, au niveau de la face palmaire de la main gauche, sur une surface grande comme une pièce de 5 fr. (cette partie est soumise à des frottements constants pendant le travail).

Peu après, débute la polydactylite ; tous les doigts où se produisent avec intensité les accès d'asphyxie locale sont successivement intéressés ; les autres restent relativement indemnes ; cette localisation montre bien que les phlegmasies suppuratives que nous allons décrire sont subordonnées à la névrose vaso-motrice.

Les altérations envahissent, en premier lieu, les auriculaires et les pouces ; elle débute constamment, d'après le dire du malade que confirme ultérieurement notre observation, par la *matrice de l'ongle* : nous avons pu à plusieurs reprises en suivre l'évolution. Le repli sus-unguéal se tuméfie, rougit, devient douloureux et il s'y établit rapidement une suppuration qui s'étend bientôt à toute la surface de la dernière phalange en empiétant parfois sur la seconde ; les téguments sont rouges et l'on y voit de nombreux foyers de suppuration dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'une pièce de 1 franc.

Les ongles, soulevés par une masse concrète et friable, se détachent et tombent ; il en est ainsi d'abord de ceux des petits doigts et des pouces ;

des altérations analogues se produisent, dans le courant d'octobre, au niveau du gros orteil et du 3^e orteil du pied droit.

Malgré les traitements consécutifs par l'application d'huile phéniquée et de compresses imprégnées, soit d'une solution concentrée d'acide borique, soit d'une solution phéniquée à 1/200, les altérations, tout en s'améliorant partiellement, continuent à s'étendre.

Le 14 novembre, l'état du malade s'est modifié ainsi qu'il suit : à la main droite, la dernière phalange du pouce présente une coloration érythémateuse parsemée d'îlots blancs, à contours polycycliques, représentant des foyers purulents ; l'ongle est tombé, un nouvel ongle est en voie de formation.

Les deux dernières phalanges de l'annulaire présentent les mêmes altérations ; le médius n'est atteint que depuis quinze jours ; son bourrelet sus-unguéal est renversé et tuméfié ; du pus le sépare de la racine de l'ongle. Tous les doigts, à l'exception de l'index à droite, du même doigt et du médius à gauche, sont atteints des mêmes altérations péri-unguéales avec la même rougeur et les mêmes îlots purulents au niveau des dernières phalanges.

On constate, au pied droit, des lésions semblables ; depuis huit jours, les orteils sont intéressés ; les ongles du premier et du cinquième se détachent, sont soulevés par des masses friables ; les autres sont tombés ; les dernières phalanges présentent les mêmes altérations que celles des doigts.

Au pied gauche, où l'on a constaté plusieurs fois que les accidents d'asphyxie cutanée étaient plus prononcés, on note de la rougeur avec pustulette sur la face dorsale de la dernière phalange, mais les ongles restent intacts.

De nouveaux ongles se développent en remplacement de ceux qui sont tombés. Ce sont des masses épaisses, friables, jaunâtres, infiltrées de concrétions mélicériques, à surface inégale et rocheuse, ne présentant, ni l'aspect lisse, ni la striation longitudinale de l'ongle normal ; elles sont incomplètement kératinisées.

Les ongles qui sont détachés sont soulevés par les mêmes masses friables : l'altération de la matrice unguéale explique ce trouble de nutrition.

Si on enlève la masse concrète, on voit que le lit de l'ongle est tuméfié et que du pus concret se trouve accumulé entre la matrice de l'ongle et cette masse.

L'asphyxie locale s'est donc compliquée d'une inflammation suppurative des extrémités digitales.

Les choses n'en restent pas là : peu à peu le mal cesse d'être limité aux extrémités ; il envahit d'abord les mains dans toute leur étendue ; on constate, aussi bien sur leur surface dorsale que sur leur face palmaire, une rougeur érythémateuse avec pustulettes miliaires et nappes puru-

lentes polycycliques. On voit tous les intermédiaires entre les éléments isolés et les plaques étendues qui résultent de leur confluence et de leur extension progressive. Les uns et les autres se dessèchent rapidement et forment, suivant la quantité de liquide exsudé, soit des squames, généralement minces, soit des croûtelles; la peau est épaissie dans les parties les plus malades.

A partir du 15 décembre, le tableau se complique encore, et aux *suppurations locales*, viennent s'ajouter des *poussées généralisées ou très étendues de dermatite pustuleuse*.

Ces poussées se renouvellent à intervalles de deux à huit jours et envahissent, soit toute la surface cutanée, soit plus souvent un certain nombre de régions, en procédant toujours symétriquement; depuis lors, on a pu constater, jusqu'à ces jours derniers, dans toute l'étendue des téguments, des altérations d'âge et d'intensité divers.

Chaque poussée est caractérisée, à son début, par une rougeur érythémateuse sur laquelle se détachent de nombreuses pustulettes miliaires très superficielles; la *durée des éléments est tout à fait éphémère*; en moins de 24 heures, ils se dessèchent et font place le plus souvent à une desquamation lamelleuse; l'éruption mérite alors le nom d'*herpétide exfoliatrice*; en certaines régions seulement, sur le dos des poignets, aux cous-de-pied, le contenu des pustules se concrète en croûtes peu épaisses et jaunâtres; si on les soulève, on trouve une surface légèrement excoriée.

Les régions où les poussées de pustulettes se font avec prédilection sont le dos, les aines, les coudes, le dos des poignets, le scrotum, les genoux, les parties inférieures des jambes et les cous-de-pied; les *parties symétriques sont toujours intéressées simultanément*.

Il se fait, dans ces régions, une production presque incessante de pustulettes qui se dessèchent très rapidement; il n'est guère de jours où, en dehors des grandes poussées, un examen attentif ne dénote, au niveau de ces surfaces érythémateuses, ces pustulettes miliaires très superficielles.

L'éruption n'a cessé de se produire que momentanément, du 14 au 19 janvier 1890, période où le malade a été atteint d'une grippe avec congestion pulmonaire qui a failli l'emporter; dès le 20 janvier, une nouvelle poussée se produisait.

La tête n'est pas restée indemne; à plusieurs reprises, des poussées érythémateuses et pustuleuses se sont manifestées au cuir chevelu, au front, dans la barbe, derrière les oreilles et sur leurs pavillons; nous notons une desquamation légère et furfuracée à la face, épaisse au cuir chevelu.

La partie postérieure du tronc est constamment le siège de plaques érythémateuses généralement étendues; elles pâlisent pour se reproduire, soit dans la même partie, soit dans le voisinage; on y voit des pustulettes miliaires rares ou multiples suivant que le malade est ou non en état de poussée aiguë; ces téguments sont le siège d'une desquamation

furfuracée, disposée souvent en petits cercles répondant aux pustulètes desséchées. On n'y voit jamais de croûtes.

La partie antérieure du tronc est moins souvent intéressée ; à plusieurs reprises cependant, on y a noté des pustulètes et des érythèmes ; on y constate une légère desquamation.

La rougeur érythémateuse est foncée et persistante au niveau des plis des coudes, du scrotum, des plis génito-cruraux, sur le dos des poignets et aux cous-de-pied : dans ces régions, ce ne sont pas de simples squames qui les recouvrent, mais de minces croûtelles jaunâtres, produites par la concrétion d'un exsudat plus abondant.

Aux extrémités, la desquamation se fait en larges lambeaux.

Le lit du malade est rempli de squames, comme dans les cas d'herpétide exfoliatrice.

Les altérations ne sont pas limitées au tégument externe : la *muqueuse buccale est intéressée* ; on voit, sur sa portion labiale, des pustules analogues à celles de la peau ; la piqûre en fait sourdre un liquide purulent. La lèvre inférieure présente en outre, à l'union de sa face muqueuse et de son bord libre, un bourrelet transversal saillant, opalin, large de près d'un centimètre et creusé, presque dans toute sa longueur, d'un sillon profond de 1 à 2 millimètres.

Un bourrelet semblable se voit à la lèvre supérieure.

À la face interne des joues, l'épiderme a pris, par places, une coloration d'un blanc jaunâtre et nous avons constaté à plusieurs reprises qu'il était soulevé par du pus ; les mêmes lésions existent à la face inférieure de la langue ; sa face dorsale est rouge et dépouillée.

Il n'y a pas de trace de trouble de l'innervation sensitive, pas d'amyotrophies, pas d'arthropathies ; cependant l'auriculaire gauche est un peu déformé, sa seconde phalange est légèrement fléchie sur la première, la troisième légèrement étendue sur la seconde, les mouvements lui sont moins faciles que dans les autres doigts.

L'urine renferme des traces d'albumine avec quelques globules de pus provenant sans doute de l'éruption préputiale.

Depuis quelques jours, le malade rentre dans une période d'accalmie : le 4 avril nous constatons, pour la 1^{re} fois depuis six mois, l'absence complète de suppuration. La desquamation est actuellement à peine appréciable à la face et au devant du tronc ; plusieurs des ongles sont en voie de régénération : ceux du médius et de l'annulaire droit sont complètement kératinisés dans leur moitié supérieure, leur surface tend à y reprendre son aspect physiologique, tandis que leur moitié inférieure est encore friable, bosselée, non kératinisée ; de même, à gauche, l'ongle de l'annulaire est kératinisé dans ses deux tiers supérieurs. Les ongles du médius et de l'index gauches ne sont pas tombés, mais ils ont néanmoins souffert dans leur nutrition, nous en avons pour témoins deux aplatissements transversaux en forme de sillons. Si donc ils ont été moins

atteints que les autres, ils ont néanmoins participé aux altérations.

Les traits généraux de cette histoire peuvent être résumés ainsi qu'il suit :

Accidents invétérés d'asphyxie locale des extrémités prédominant dans certains doigts et dans les orteils du pied droit ; depuis quelques mois, polydactylites suppurées des mêmes doigts et des mêmes orteils avec troubles profonds dans la nutrition des ongles ; plus récemment poussées successives, généralisées ou localisées à des régions symétriques, d'érythèmes et de pustulettes très éphémères, laissant à leur place, soit des squames, soit plus souvent de minces croûtelles ; lésions analogues de la muqueuse buccale.

Comment faut-il interpréter ces phénomènes ? la nature des accidents d'asphyxie locale ne peut faire l'objet d'un doute : il s'agit d'une névrose des vaso-constricteurs ; la localisation des suppurations initiales aux doigts atteints par l'asphyxie et leur prédominance constante dans ces mêmes parties alors que les autres doigts restent relativement indemnes, établissent leurs relations avec cette névrose.

Ils n'ont nullement le caractère du sphacèle que l'on observe parfois en pareil cas et la présence du pus indique presque nécessairement l'intervention de microbes pyogènes ; il est possible cependant que l'hyperhémie consécutive à l'anémie locale suffise à produire l'inflammation en offrant un terrain favorable à la multiplication des microbes que l'on trouve normalement à la surface de la peau. Les examens bactériologiques pratiqués par M. Darier sont en faveur de cette interprétation, car ils n'ont révélé dans les cultures que la présence d'un de ces microbes banals, le staphylocoque blanc. Il est peu probable qu'il s'agisse d'une véritable trophonévrose, car les éruptions ne sont pas localisées suivant la distribution des nerfs.

Pour ce qui est enfin des poussées réitérées de dermatite pustuleuse étendue à la plus grande partie du corps, elles s'expliquent par la résorption des produits septiques ou des microbes développés dans les extrémités digitales en suppuration. L'hypothèse suivant laquelle des microbes seraient directement transportés des extrémités digitales sur les différentes régions des surfaces cutanées et produiraient des lésions phlegmasiques, comme le font ceux du furoncle, des pustules d'ecthyma et de plusieurs autres dermites, ne nous paraît pas admissible : elle est en premier lieu bien peu vraisemblable en raison de la généralisation fréquente des poussées ; d'autre part, nous avons vu que ces *éruptions secondaires ont offert constamment une remarquable symétrie, or c'est là un caractère qui paraît appartenir exclusivement aux maladies infectieuses généralisées et aux trophonévroses* ; on ne l'observe, à notre connaissance, dans aucune des maladies dont le parasite reste limité à la surface des téguments, telles que la gale, les teignes, la furonculose et l'ecthyma. Il appartient au contraire à la syphilis, à la

tuberculose, à l'infection purulente et aux fièvres éruptives, maladies généralisées; il s'agit donc suivant toute vraisemblance, chez notre malade, d'une *infection généralisée consécutive à une polydactylite suppurée*.

Nous pouvons suivre ainsi dans leur évolution la série des phénomènes morbides qui se sont produits chez notre malade, les accès d'asphyxie locale ayant déterminé une polydactylite suppurée et celle-ci ayant entraîné, à son tour, des poussées de dermatite généralisée. Deux lacunes restent à combler : nous ignorons la cause prochaine de la polydactylite; nous ne pouvons dire pourquoi cette asphyxie locale, si longtemps inoffensive chez ce malade, a provoqué dans ces derniers mois des inflammations suppuratives qui n'ont été signalées dans aucun cas semblable; d'autre part, nous ne pouvons déterminer si les matériaux de suppuration dont la résorption et l'élimination donnent lieu aux poussées de dermatite sont de nature chimique ou animée, s'il s'agit de microbes de la polydactylite ou de ptomaines engendrées par eux.

Nous ferons remarquer, en dernier lieu, que les *poussées éruptives observées chez notre malade ont présenté des caractères particuliers : l'évolution si rapide des pustulettes que nous avons été en droit de qualifier d'éphémères, la desquamation furfuracée simulant l'herpétide exfoliatrice qui leur fait suite, l'extension des lésions à la muqueuse buccale, donnent à la maladie une physionomie qui lui appartient en propre et la différencie nettement des autres suppurations cutanées, et, si l'on peut prononcer à leur sujet le mot d'infection purulente, il faut dire que c'en est un mode tout spécial, sans fièvre, sans troubles de la santé générale, avec une éruption qui lui appartient en propre.*

LES ÉRUPTIONS A LA SUITE DE L'ADMINISTRATION DE L'ACIDE URIQUE,

Par M. QUINQUAUD.

Il y a longtemps déjà, en 1870, Gigot-Suard (*Traité de l'herpétisme*) fit prendre de l'acide urique à des chiens et, après une ou plusieurs semaines, il nota des démangeaisons très vives et des éruptions bouton-neuses, vésiculeuses et pustuleuses.

Dans une première expérience il fait prendre matin et soir à une chienne pleine de deux mois, 15 centigrammes d'acide urique; au bout de 8 jours il vit apparaître des démangeaisons très fortes, du pityriasis et du prurigo. Elle mit bas et pendant 15 jours les petits chiens eurent des ulcérations eczémateuses. La mère a continué l'allaitement et a toujours eu

les mamelles rouges, tuméfiées et recouvertes d'une quantité considérable de boutons avec quelques vésicules.

Dans une seconde expérience, un chien de 3 ans et demi de petite taille prit pendant deux mois de l'acide urique à la dose de 20 centigrammes par jour : on vit apparaître une éruption boutonneuse mélangée de vésicules avec démangeaisons sur le dos et sur les cuisses ; après la suppression de l'acide urique, Gigot-Suard décrit l'apparition d'une affection psoriasique et, dans les squames, il retrouve de l'urate de soude et de l'oxalate de chaux.

Nous avons repris ces recherches sur les chiens ; les résultats ont été les suivants. Chez aucun animal nous n'avons vu apparaître d'affection psoriasique ni d'eczéma avec ses trois périodes. Dans la moitié des cas, on voit survenir des lésions lichénoïdes discrètes avec papules disséminées mais ne présentant pas les caractères des différentes formes du lichen plan ; on observe encore des vésicules petites, disséminées, mais ne formant pas de placards plus ou moins étendus ; enfin l'intoxication urique provoque l'apparition de quelques pustules très discrètes, siégeant sur divers points de la surface cutanée, parfois même ce sont des boutons furonculoux, coniques.

En résumé, l'ingestion de l'acide urique provoque différentes lésions élémentaires de la peau ; mais il est impossible de trouver dans l'évolution, dans les caractères généraux de l'éruption des signes qui permettent de les rattacher au lichen, à l'eczéma ou à toute autre espèce morbide.

L'expérimentation démontre donc que l'administration de l'acide urique fait apparaître des lésions diverses, toujours en petit nombre ; les caractères cliniques de ces altérations ne permettent pas de les rattacher à un genre dermatologique.

En un mot, on peut déterminer des lésions artificielles par l'intoxication urique, et non des maladies cutanées.

Mais, direz-vous, la réaction n'est peut-être pas la même chez l'homme, et l'acide urique pourrait déterminer là de véritables maladies de la peau.

Or Gigot-Suard (*loc. cit.*) a fait prendre chaque jour à une femme de 23 ans, dyspeptique, dix centigr. d'acide urique le matin à jeun ; au bout de 8 jours, elle éprouva une céphalalgie intense avec caractère de migraine, le surlendemain survint un accès de fièvre avec frisson et sueur, le 12^e et le 13^e jour, elle éprouva des coliques violentes, des vomissements ; après 2 gr. 50, il survint aux mains et à la figure une éruption pustuleuse, apyrétique, précédée de démangeaisons vives surtout aux mains ; elle n'avait jamais eu de maladie cutanée.

De plus, à un homme de 63 ans, atteint de sciatique ancienne, il fit prendre pendant 2 mois de l'acide urique à la dose de 20 centigrammes, matin et soir ; il survint des démangeaisons intolérables au cuir chevelu

avec folliculite, puis du prurigo à la cuisse et à la jambe gauches ; enfin des sueurs nocturnes assez abondantes.

En outre, à une femme de 17 ans, convalescente d'épanchement pleural, il donne 20 centigrammes d'acide urique, matin et soir, pendant un mois. Au bout de quelques jours survinrent des démangeaisons très vives dans la région du dos, surtout la nuit ; pas d'éruption appréciable ; apparition de pustules aux mains, aux avant-bras et à la face, digestion normale.

Enfin à un jeune homme de 15 ans, atteint d'ankylose et de tumeur blanche, il donne 20 centigrammes d'acide urique par jour ; il a une légère éruption boutonneuse à la face, accompagnée de picotements et de cuisson.

L'idée dominante de Gigot-Suard est que l'acide urique produit le pityriasis, le prurigo, l'œthyma, le lichen et même la migraine.

Nos expériences ont été faites sur des hommes et sur des femmes qui ont pris chacun 15 centigrammes matin et soir, d'acide urique, plusieurs 20 centigrammes matin et soir, les uns avaient déjà une éruption cutanée, d'autres étaient indemnes de toute maladie de la peau.

Après une quinzaine de jours d'ingestion d'acide urique, tantôt un peu plus tôt, tantôt un peu plus tard, on voit survenir des lésions diverses. Souvent ce sont des boutons coniques, rouges, à base indurée, du volume d'un petit pois, laissant sourdre par la pression quelques gouttes de pus ; pendant la résolution, on voit la peau s'exfolier à leur niveau ; le plus ordinairement on peut les compter ; ils apparaissent successivement, toujours en nombre restreint, et non à la manière d'une éruption exanthématique ; ils mettent 15 à 20 jours pour disparaître.

Coincidence, parfois isolément on constate l'apparition de taches érythémateuses, irrégulièrement distribuées, toujours en nombre restreint, légèrement prurigineuses, occupant les membres supérieurs, l'abdomen ou les membres inférieurs. Leur disparition ne s'accompagne pas de desquamation.

Enfin il n'est pas rare de voir survenir des papulo-vésicules miliaires, distribuées d'une manière irrégulière, toujours en petit nombre ; nous n'avons jamais vu survenir d'éruption comparable à un eczéma généralisé, ou à un lichen très étendu.

Dans aucune de nos expériences nous n'avons constaté de fièvre, ni de migraine, ni de douleurs rappelant les coliques néphrétiques, ni d'arthropathies comparables à celles de la goutte ; cependant nous avons administré de l'acide urique à une quinzaine de sujets pendant deux mois en moyenne. Les éruptions de la peau ont toujours consisté en petites pustules, en papulo-vésicules, en taches érythémateuses, en nombre relativement restreint. Dans aucun cas nous n'avons vu survenir l'eczéma avec ses diverses phases, ni le lichen plan classique.

Ainsi donc l'ingestion de l'acide urique détermine des lésions cutanées pustuleuses, papulo-vésiculeuses, érythémateuses, ne s'accompa-

gnant d'aucun des grands caractères des maladies de la peau ; l'acide urique provoque des lésions diverses, mais non les types morbides considérés comme maladies de la peau.

En résumé, l'expérimentation sur les animaux et sur l'homme démontre le même fait : à la suite de l'ingestion de l'acide urique, il se produit assez souvent, mais non toujours, des lésions diverses qui ne sauraient constituer de vraies maladies de la peau.

Voici une observation dans laquelle nous trouvons un type d'éruption partielle survenant à la suite de l'ingestion d'acide urique :

Obs. — *Psoriasis*. — Ingestion d'acide urique. — Éruption pustuleuse.

Ins..., Georges, âgé de 25 ans, jeune homme à système musculaire bien développé, entre à la salle Bichat, n° 29, pour un psoriasis discret, à placards squameux disséminés ; est traité d'abord avec la vaseline seule et les bains d'amidon.

A partir du 8 février, le malade prend, chaque jour, 30 centigrammes d'acide urique. Le 15 février, apparaît à la région sous-maxillaire un bouton rouge, douloureux à la pression, de la grosseur d'un petit pois, conique, à base indurée.

Le 19. La pression fait sourdre du pus, qui sort d'une dépression cratéri-forme située au sommet ; ce bouton met une quinzaine de jours à se résoudre.

L'acide urique est continué jusqu'au 31 mars ; dans l'intervalle, plusieurs petits boutons furonculieux apparaissent sur la région dorsale et sur les avant-bras.

Enfin le 31 mars, un nouveau bouton furonculaire se montre à la face postérieure de la jambe gauche, la pression en fait sourdre quelques gouttelettes de pus, et la base en est indurée ; la guérison se produit lentement.

ECTHYMA INFANTILE CHANCRIFORME,

Par M. A. FOURNIER.

Le 22 février dernier, un jeune enfant de vingt mois nous fut amené ici par sa mère, au sujet de deux lésions qui venaient de se produire sur lui depuis quelques jours.

Ces deux lésions, qui occupaient la fesse droite près du périnée et qui étaient presque contiguës, nous frappèrent immédiatement par leur aspect chancriforme ou même, précisons mieux, par leur physionomie de chancres syphilitiques. D'aspect, c'étaient, à première vue du moins, des chancres syphilitiques. Elles étaient régulièrement orbiculaires, mesurant environ un centimètre de diamètre. De plus, et surtout, elles rappelaient le chancre syphilitique par tout un ensemble d'attributs : coloration rouge, et du rouge chair musculaire ; — configuration en

cupule, sans bords abrupts, sans arête circonférentielle ; — bords légèrement relevés en ourlet ; fond lisse et uni ; — suppuration minime, consistant en un suintement séreux, etc. Ajoutez que la base de ces deux lésions présentait aux doigts une résistance assez bien accusée, vraiment comparable à l'induration parcheminée du chancre.

Bref, de par les signes objectifs, ces lésions se présentaient, je le répète, avec la physionomie presque caractéristique du chancre. Si bien que telle fut mon impression première. J'ajouterai que telle a été, sans exception aucune, l'impression de mes élèves et des médecins qui me font l'honneur de suivre ma clinique.

Je dirai même que tel eût été notre diagnostic, si nous avions trouvé dans l'aïne correspondante de quoi confirmer ce soupçon dérivé des signes d'objectivité. Mais il n'existait là que trois petits ganglions sans dureté, et vraiment trop minimes pour avoir une signification du genre de celle que nous cherchions.

Aussi bien, l'absence d'adénopathie inguinale venant rectifier le diagnostic auquel nous étions tentés d'aboutir à première vue et de par les caractères d'objectivité, force nous était de chercher dans une autre voie l'origine et l'explication de ces deux lésions.

Cette explication se trouvait-elle dans une éruption contemporaine que présentait l'enfant ? Cela était probable de par ce renseignement que fournissait la mère, à savoir que les lésions qui nous intriguaient si fort étaient issues de deux « boutons » identiques à ceux que nous constatons encore aujourd'hui ; cela devint bientôt absolument certain de par l'évolution ultérieure.

Quelle était donc cette éruption ? Elle consistait en ceci : un semis de petites pustules éparées sur les membres inférieurs, au nombre d'une trentaine environ, pustules extrêmement ténues, comparables comme volume à une demi-tête ou à une tête d'épingle, un peu coniques et acuminées, littéralement jaunes (d'un jaune d'or), et entourées d'une légère aréole rosée.

Ces pustules, dont le nombre augmenta quelque peu dans les premiers jours où l'enfant fut soumis à notre examen, affectèrent pour la grande majorité l'évolution très simple qui est propre à cette minuscule lésion, c'est-à-dire se crevèrent ou bien s'encroûtèrent, pour se cicatriser et disparaître à brève échéance. Mais quelques-unes — et c'est là ce qui est essentiel à spécifier — suivirent une marche très différente. Elles s'élargirent en surface jusqu'à atteindre un diamètre de dix à douze, treize, quatorze millimètres ; elles s'excorièrent, s'ulcérèrent. Bref, elles aboutirent à constituer des lésions véritablement importantes (d'une façon relative tout au moins), *ecthymateuses* d'aspect, semblables, pour quelques-unes, voire identiquement semblables aux deux ulcérations initiales que nous avons signalées. La question de nature de ces deux dernières se trouvait donc, de ce fait même, absolument jugée.

Inutile d'ajouter, comme dénouement du fait clinique, que, soumises à un traitement des plus simples, toutes ces lésions se réparèrent rapidement.

Il n'en restait plus, le 10 mars, que des macules cicatricielles ; et, le 15, l'enfant quittait l'hôpital en parfait état.

Au total, à quoi donc avons-nous eu affaire ? Très certainement à cette maladie, qui est bien connue de tous, mais qui attend encore son historien quant aux formes multiples, diverses et souvent inattendues dont elle est susceptible, à savoir cette maladie à laquelle, un peu vaguement, on donne le nom de *folliculite*, *folliculite pilo-sébacée*, *folliculite furonculaire*, *périfolliculite*, *folliculite ecthymateuse*, *furunculose superficielle*, *furunculose sous-épidermique*, etc., etc.

Seulement, en l'espèce, cette maladie avait pris, dans quelques-unes de ses manifestations, une forme insolite, notamment dans ses localisations fessières, lesquelles, je le répète et ne crains pas de le répéter, revêtirent, pour un temps, un aspect tout à fait *chancriforme*, c'est-à-dire une physionomie objective absolument identique à celle du chancre syphilitique.

Ce dernier point m'a paru digne d'être signalé. Car, sans que j'aie besoin de le dire, vous concevez à quelles conséquences, cliniquement et thérapeutiquement, pourrait aboutir une erreur de cet ordre, sans parler même des dangers auxquels exposerait, dans une expertise médico-légale, une confusion ayant pour résultat d'imputer à une contagion syphilitique des lésions chancriformes d'aspect, mais simples lésions d'une folliculite ecthymateuse.

M. MAURIAC. — Les caractères que présente le chancre syphilitique peuvent être simulés de la façon la plus absolue par des lésions tout à fait étrangères à la syphilis. Il m'est arrivé deux ou trois fois de faire la confusion ; je fus très étonné de ne pas voir apparaître les accidents secondaires et les sujets suivis par moi n'ont jamais présenté d'accidents syphilitiques.

M. FOURNIER. — Cela est parfaitement juste, et à l'hôpital Saint-Louis en particulier, il nous est souvent difficile de distinguer les lésions ecthymateuses de la gale, des lésions syphilitiques. Il y a, dans notre musée, deux ou trois pièces représentant ces ecthymas scabieux absolument identiques aux chancres syphilitiques. Ces cas sont si fréquents que nous sommes souvent obligés d'attendre l'évolution avant de nous prononcer.

CHANCRE SYPHILITIQUE ATYPIQUE,

Par M. DU CASTEL.

En lisant le titre sous lequel ma communication est annoncée : « chancres syphilitiques atypiques », plus d'un parmi vous s'est sans doute demandé ce qu'un pareil titre pouvait bien cacher. Si je voulais parler des chancres mal caractérisés en général, ma communication pourrait bien certainement être fort longue ; il n'est, en effet, pas de jour qui n'amène à chacun de nous des chancres à caractères mal accusés, en présence desquels le doute est légitime et qui laissent dans l'indécision même le maître le plus expérimenté. Parmi ces chancres syphilitiques mal caractérisés, atypiques, il en est qui, tout en s'éloignant du chancre typique, de celui dont Hunter, Ricord, Bassereau, le professeur Fournier, ont si nettement établi la caractéristique, présentent entre eux un certain nombre de points de rapprochement qui permettent de les réunir par groupes. En 1872, mon savant maître le D^r Vidal a montré que parmi les chancres atypiques, quelques-uns prenaient le masque du chancre mou, et hier l'observation de notre collègue M. Morel-Lavallée nous valait les intéressantes communications du professeur Fournier et de M. Mauriac ; l'École de Lyon nous a donné la raison d'être du chancre mixte, ce chancre à deux faces, qui cumule à la fois les aspects et les qualités du chancre mou et du chancre induré et qui mit si souvent dans l'embarras les défenseurs du dualisme à l'époque où cette doctrine était encore discutée : les chancres dont je désire vous parler aujourd'hui, présentent aussi un certain nombre de caractères communs à chacun d'eux et qui permettent de les considérer comme formant un véritable groupe dans la famille des dissidents du chancre induré typique : ce groupe pourrait peut-être s'appeler *groupe des chancres syphilitiques multiples* : l'exposé de deux observations fera, je l'espère, bien saisir l'allure et les caractères particuliers à ce groupe.

OBSERVATION I. — 13 chancres syphilitiques. — D..., Émile, 17 ans, entré à l'hôpital du Midi, salle 8, n° 18, le 12 octobre 1889.

Jamais d'affection vénérienne.

Rapporte l'origine de son accident à un rapprochement ayant eu lieu trois semaines au moins avant l'apparition de cet accident. Il n'y aurait eu d'abord que 3 chancres du fourreau ; les autres sont apparus successivement dans les huit jours qui ont suivi la constatation des trois premiers, se développant d'autant plus tardivement qu'ils étaient plus éloignés des chancres initiaux.

Ces ulcérations étaient excessivement douloureuses, spontanément, au mouvement et au frottement, au point de rendre la marche très difficile ;

traités en ville par l'iodoforme, les chancres ne présentaient aucune tendance à la cicatrisation et restaient toujours extrêmement douloureux. c'est ce qui décide le malade à entrer à l'hôpital. Au moment de l'entrée, nous constatons l'existence de 13 chancres indurés, disséminés irrégulièrement de la base du gland, à l'origine de la verge ; ils sont tous d'étendue à peu près égale, ayant environ un centimètre de diamètre ; leur fond est déprimé ; les bords taillés à pic, mais non décollés, sont légèrement épaissis et forment bourrelet autour de l'ulcération ; leur surface lisse présente une teinte rouge grisâtre, dans laquelle il est possible de distinguer par places la rougeur cuivrée du chancre syphilitique ; il y a suppuration légère à la surface ; la palpation ne laisse percevoir aucune induration bien nette ; la peau, dans l'intervalle des chancres, n'est pas altérée, enflammée ; dans l'aîne gauche, il y a deux ganglions légèrement tuméfiés, indolores ; les ganglions de l'aîne droite sont normaux. Notre diagnostic fut : chancres syphilitiques multiples ; mais, en présence de la profondeur des ulcérations, de leurs bords taillés à pic, de leur sensibilité, de leur nombre et pour nous assurer que le virus chancrélleux ne s'était pas associé au virus syphilitique pour la production de ces chancres insolites, nous pratiquons au bras une inoculation avec le pus recueilli à la surface d'un des chancres ; le résultat est négatif.

Le malade présente, en plus de ses chancres, un écoulement blennorrhagique.

Nous ne pûmes obtenir aucun renseignement sur l'état de santé de la femme avec qui ces chancres avaient été contractés ; la victime ne doutait pas de la vertu et du bon état de santé de celle qui lui avait donné un nombre de chancres aussi insolite.

Sous l'influence d'un simple pansement avec le vin aromatique, une amélioration rapide ne tarda pas à se produire ; les chancres se cicatrèrent successivement ; les derniers nés se fermèrent les premiers, huit jours après l'entrée du malade à l'hôpital ils étaient complètement guéris ; les premiers nés ne furent réellement fermés que trois jours avant la sortie du malade de l'hôpital, six semaines par conséquent après leur apparition ; à ce moment, on constatait, dans les points que les différents chancres avaient occupés, des cicatrices parfaitement lisses, limitées par des bourrelets très accusés, très durs ; la cicatrice elle-même était le siège d'une légère induration papyracée. On sentait dans la peau du prépuce quelques lymphatiques très petits, indurés, indolores.

Huit jours avant la sortie du malade, une roséole érythémateuse généralisée vint affirmer la nature syphilitique des ulcérations observées.

OBSERVATION II. — 7 chancres syphilitiques. — W..., Raymond, 21 ans, employé de commerce, entre le 6 novembre 1889.

Antécédents : deux blennorrhagies, la première il y a trois ans, la seconde il y a huit mois, ayant évolué toutes deux sans événement notable.

Après être resté pendant six semaines sans avoir de rapport avec aucune femme, le malade vit le 1^{er} octobre celle à qui il doit les accidents qui l'amènent aujourd'hui à l'hôpital. Le troisième jour de ses rapports avec cette femme, il s'apercevait qu'il était atteint d'écoulement urétral et se trouvait de nouveau condamné à la sagesse.

Le 31 octobre, le prépuce s'étant tuméfié et le gland étant le siège d'assez vives douleurs, W... parvient péniblement à décalotter et constate, à son grand effroi, l'existence d'une petite écorchure contre le filet sur le côté gauche de celui-ci ; il n'y avait encore ce jour-là qu'une seule écorchure.

Le 1^{er} novembre, apparition d'une deuxième ulcération, celle-ci placée à la face interne du prépuce.

2 novembre, troisième ulcération à droite de la deuxième.

3 novembre, quatrième ulcération entre la deuxième et la troisième.

4 novembre, cinquième ulcération entre la troisième et la quatrième.

L'apparition de ces chancres s'est accompagnée de douleurs très violentes avec élancement le long du cordon, dans le testicule et la cuisse.

Le 6 novembre, au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, il y a phimosis inflammatoire ; le fourreau de la verge est rouge, enflé et le siège de douleurs très vives ; il y a impossibilité absolue de découvrir le gland. Injection de cocaïne et de résorcine entre le prépuce et le gland.

Jeudi 7. Persistance des douleurs et du phimosis.

Vendredi 8. Le malade parvient, tout en souffrant énormément, à tirer le prépuce en arrière et à découvrir le gland ; nous constatons l'existence des cinq chancres annoncés par W..., deux autres nouveaux s'y sont ajoutés, un sixième entre le troisième et le cinquième ; un septième contre le filet du côté droit.

La forme générale des chancres est arrondie, ovale, d'un diamètre de un centimètre environ ; les bords non décollés forment un bourrelet volumineux en forme de talus, d'une largeur de trois à quatre millimètres ; l'épaisseur de ces bords donne à l'ulcération un aspect creusé bien qu'il n'y ait pas en réalité ulcération vraie, mais simplement érosion de la muqueuse. Le fond est uni ; sa couleur est d'un rouge jambon, il fournit un suintement abondant ; l'induration est très peu marquée.

Le 7^e chancre n'a pas de bourrelet ; ses bords sont taillés à pic dans la moitié externe de la circonférence ; ils ont en ce point une coloration jaunâtre.

Adénite légère dans les deux aines.

La cicatrisation des chancres s'opère dans leur ordre d'apparition ; le 15 novembre, le premier n'existe plus, le deuxième et le quatrième sont presque guéris, le troisième et le septième seuls persistent.

Le 16, le malade quitte l'hôpital ; le 1^{er} décembre, il revient atteint de roséole généralisée ; c'est à peine si l'on peut distinguer les places que les chancres occupaient.

Ayant appris que la femme, auprès de laquelle ces chancres avaient été contractés, était en traitement à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Hutinel, j'envoyai mon externe M. Swiadotsch s'enquérir de l'affection pour laquelle cette femme avait dû entrer à l'hôpital; il me rapporta le diagnostic de « plaques muqueuses, alopecie syphilitique ».

En résumé, voici deux jeunes gens sachant où ils ont pris le mal dont ils souffrent et qui voient apparaître, l'un trois semaines, l'autre un mois, après le rapprochement causal, toute une pléiade de chancres indurés; celui-ci, treize; celui-là, sept.

Ces chancres présentent des caractères communs :

Ils ne sont pas apparus tous le même jour, ils se sont montrés successivement dans l'espace de quelques jours.

Ils ont été le siège d'une sensibilité excessive, inconnue dans les manifestations du chancre induré vulgaire, dépassant même de beaucoup l'intensité des phénomènes douloureux du chancre mou;

Les chancres, tous à peu près d'égale dimension, avaient un diamètre de un centimètre environ;

Chez le premier malade, les chancres ont montré une certaine tendance à creuser en profondeur; il est vrai de dire que cette tendance s'observe assez fréquemment dans les chancres du fourreau; chez le second malade, un seul chancre avait nettement cette tendance;

L'induration était toujours peu accusée;

Le développement des ganglions inguinaux resta très modéré dans les deux cas et les ganglions pris ne devinrent pas sensibles, contrairement à ce qu'on observait du côté des chancres.

L'apparition de la roséole, dans chacun des deux cas, vint confirmer la nature vraiment syphilitique de ces chancres.

L'insuccès de l'inoculation montra, chez le premier malade, que le virus chancrelleux n'était pour rien dans l'apparition et la multiplicité des chancres.

Je n'ai cité que deux observations : ce n'est pas que je n'aie eu l'occasion de voir d'autres chancres dont l'histoire se rapprochait de celle-ci; j'ai surtout vu des chancres multiples de la base du gland et du fourreau analogues à ceux du second malade, et cette variété paraît plus commune que la première; mais la plupart de ces observations ont été recueillies chez des malades, en général peu observateurs, ou parvenus à une période déjà avancée de la maladie et l'insuffisance des renseignements obtenus ne permet pas de les prendre comme types.

En tout cas, ces faits me paraissent démontrer qu'un certain nombre de chancres syphilitiques, dont le type s'éloigne de celui du chancre induré classique, présentent entre eux des phénomènes communs qui semblent les réunir en un groupe dont les caractères seraient :

Multiplicité des chancres;

Développement successif s'opérant en quelques jours, parfois dans un ordre méthodique ;

Intensité des phénomènes douloureux ;

Peu d'étendue des chancres et égalité de leurs dimensions (un centimètre environ de diamètre pour chacun des chancres dans tous les cas) ;

Tendance à creuser en profondeur plus que les chancres ordinaires ;

Bourrelet très accusé ;

Induration sous-chancreuse peu développée ;

Légèreté de l'adénopathie satellite.

La durée d'incubation de ces chancres, la période qui sépare leur apparition de celle des accidents secondaires, ne semblent pas différer sensiblement de la durée des périodes analogues du chancre typique.

Il serait intéressant de pouvoir déterminer la raison d'être de ces chancres si nombreux, si douloureux, que tant de caractères éloignent du chancre ordinaire : personne, je crois, n'admettra la nécessité de créer un virus nouveau pour expliquer ce qui paraît être simplement une forme rare du chancre syphilitique ; mais où le virus syphilitique peut-il puiser une puissance de multiplication si étrangère à ses allures habituelles ? Les recherches que j'ai faites, pour éclaircir cette question étiologique, ne m'ont pas donné grand résultat : le virus chancrelleux n'a point semblé, tout au moins chez mon premier malade, s'associer au virus syphilitique pour provoquer la multiplicité des chancres, puisque l'inoculation est restée sans résultat positif ; et nous savons que le chancre mixte est souvent un chancre unique. Mes deux malades étaient atteints de blennorrhagie et je m'étais demandé si la cohabitation des virus blennorrhagique et syphilitique ne pourrait pas faciliter l'ensemencement et la multiplication de ce dernier ; j'ai vu ces jours-ci un malade atteint de cinq chancres à la base du gland et il n'avait pas de blennorrhagie. Les quelques hypothèses que j'ai pu faire, pour rendre compte de la multiplicité des chancres se sont donc effondrées aussitôt que j'ai cherché à les contrôler et je ne possède pas, je l'avouerai sans honte, une explication plausible des faits que je viens d'avoir l'honneur de vous exposer.

M. MAURIAC. — C'est un préjugé encore très répandu, sinon parmi les médecins, au moins parmi les malades, que le chancre syphilitique doit être toujours solitaire : il y a là une erreur profonde. Les cas si intéressants que vient de rapporter M. du Castel en sont un exemple.

J'ai vu, chez le même individu, des chancres syphilitiques disséminés en divers points du corps : un à la lèvre supérieure, un au menton, un à l'hypogastre et sept ou huit sur les organes génitaux.

La multiplicité des chancres syphilitiques est donc un fait bien établi ; mais ce qui est plus embarrassant, c'est la question de savoir à quel intervalle les uns des autres peuvent se développer ces chancres, s'ils sont simultanés, ou s'ils apparaissent successivement. A mon avis, ils

peuvent se développer successivement ; et cette évolution est enfermée dans des limites assez étroites : je ne crois pas qu'elle puisse s'étendre à plus de 15 jours après le premier accident. J'ai vu, cependant, un second chancre syphilitique survenir 20 jours après le premier, mais je crois que c'est là une exception.

Ce fait est important au point de vue de la théorie qui dit que le chancre syphilitique donne l'immunité à l'organisme ; il prouve, en effet, que cette immunité n'est acquise qu'au bout d'un certain temps.

La question des chancres atypiques est des plus importantes. Si, en effet, le chancre syphilitique est une des lésions les plus typiques, c'est en même temps un des accidents les plus polymorphes : il y en a qui échappent à toute description. J'en ai vu qui ressemblaient à des lésions d'eczéma ; ceux-là sont très faciles à méconnaître, et le seul signe qui puisse les faire diagnostiquer, c'est qu'ils laissent après eux une trace indélébile tout à fait spéciale.

J'ai vu, ces jours-ci, un malade atteint depuis huit ou dix mois de maux de tête atroces avec une perte partielle de l'intelligence. J'ai pensé de suite à la syphilis et je le questionnai à ce sujet. Il m'affirma que jamais il n'avait rien eu du côté des organes génitaux ni ailleurs. Je procédai alors à un examen attentif de la peau et des parties génitales et finis par découvrir, à la partie inférieure du pénis, une traînée pigmentaire brune, et, tout à côté, une vague trace de cicatrisation gaufrée. On sait que ces signes sont caractéristiques. Je donnai de l'iodure de potassium à mon malade qui guérit en moins de dix jours.

M. ROLLET. — Je suis tout à fait de l'avis de M. du Castel ; ce ne sont pas, en effet, des chancres mixtes auxquels il a eu affaire : j'ai été élevé dans l'idée que le chancre syphilitique était solitaire ; cela est vrai, en général, mais non d'une façon absolue ; les chancres syphilitiques multiples sont moins rares que nous ne le pensons. C'est ordinairement à la mamelle qu'on trouve ces sortes de chancres ; j'en ai observé beaucoup à l'Antiquaille, cela tient sans doute à ce que l'enfant, en tétant, fait des inoculations multiples qui se suivent de très près.

M. BARTHÉLEMY. — Les exemples de chancres syphilitiques multiples sont nombreux. On peut dire, en général, qu'autant la partie atteinte offre de portes d'entrée au virus, autant il y a de chancres. Il y a même, je crois, au Musée de Saint-Louis, une pièce sur laquelle on peut voir vingt chancres syphilitiques.

Quant au temps pendant lequel ces chancres syphilitiques peuvent se produire, il a été établi depuis plusieurs années.

Pontoppidan, au Congrès de Copenhague, en 1884, voulant démontrer que les lésions syphilitiques primitives étaient seulement locales et qu'il fallait traiter le chancre par l'excision, a fait des inoculations suc-

cessives de virus syphilitique sur le même sujet ; il a obtenu encore une inoculation positive le dix-huitième jour après l'apparition du premier chancre.

M. DU CASTEL. — Mon observation n'est pas tout à fait identique à celle que M. Mauriac vient de citer. Les chancres, en effet, ne se sont pas développés par inoculations multiples, mais bien méthodiquement, les uns après les autres, et sur le trajet de vaisseaux lymphatiques probablement.

M. MAURIAC. — Il y a un autre fait que je veux retenir de l'observation de M. du Castel. Son second malade a contracté la blennorrhagie en même temps que ses chancres ; or, deux ou trois jours après l'apparition du premier chancre, la blennorrhagie a disparu spontanément. Le fait est fréquent, et, pour ma part, je l'ai observé plusieurs fois. J'ai vu aussi, par contre, des écoulements se produire pendant la période secondaire chez des malades absolument indemnes de blennorrhagie. C'est un fait curieux que je n'ai pu encore expliquer.

M. FOURNIER. — Ricord n'a jamais dit que le chancre syphilitique fût forcément solitaire ; il l'est très habituellement, a-t-il dit, mais pas toujours. Il présente encore, avec le chancre simple, une autre différence, c'est qu'il est multiple-discret, si je puis m'exprimer ainsi ; le plus qu'on en rencontre d'ordinaire, c'est 2, 3, 4 ou 5 ; les cas où on en voit 15 ou 20, sont tout à fait exceptionnels ; le chancre simple, au contraire, est habituellement multiple, et M. Barié a pu en compter, sur le même individu, il s'agissait de femmes il est vrai, jusqu'à 30, 48, 60, 70 et même 75.

TROIS CAS DE CHANCRES MAMMAIRES,

Par M. DE BEURMANN.

J'ai l'honneur de présenter à la Société trois malades de mon service, à l'hôpital de Lourcine. Ce sont des nourrices qui toutes trois ont été infectées par des enfants syphilitiques. Voici leur histoire.

OBSERVATION I. — La nommée Bu..., âgée de 21 ans, est entrée le 25 février 1890, salle Goupil, lit n° 2. Ses antécédents héréditaires et personnels ne présentent rien d'intéressant. L'état de son enfant était très bon lorsqu'elle l'a quitté et semble être resté bon depuis. Elle est venue à Paris et est entrée comme nourrice à l'hospice des Enfants-Assis-

tés, le 27 septembre 1889. Elle a donné le sein successivement à 7 enfants, elle n'a pas remarqué qu'aucun des six premiers fût malade. Le dernier seul aurait eu mal à la langue; elle a cessé de l'allaiter le 6 février 1890. A cette époque, elle avait aux deux seins des crevasses, remontant à plusieurs jours déjà, mais c'est seulement le 6 février qu'un petit bouton s'étant développé sur le mamelon droit, elle fut mise en observation. Le 25 février, elle a été envoyée à l'hôpital de Lourcine.

A son entrée, nous constatons sur le mamelon droit l'existence d'un chancre infectant type, de la largeur d'une pièce de cinquante centimes; l'ulcération présentant un contour régulier, n'est pas exactement circulaire; elle est allongée et tend à s'enrouler autour de la base du mamelon, elle repose sur une induration très nette. A la partie inférieure du mamelon gauche, on trouve trois autres ulcérations semblables, se touchant par leurs bords, de manière à former une longue ulcération circulaire, à bord festonnés. Ces trois chancres sont également indurés. Ils semblent, comme celui du mamelon droit, être déjà en voie de cicatrisation. Dans chaque aisselle, on trouve un gros ganglion indolent.

On constate de plus l'existence d'adénites cervicales formant une chaîne derrière le bord postérieur des sterno-mastoidiens, des traces de roséole sur le tronc et enfin des groupes de syphilide papulo-squameuse siégeant sur le cou et sur la face; cette dernière éruption ne daterait que de très peu de jours. La malade se plaint en outre d'être très fatiguée et souffre de très violents maux de tête.

Le 28 février, on fait une injection d'huile grise, suivant la formule de Neisser et les chancres sont pansés avec de l'iodoforme. La cicatrisation marche lentement mais régulièrement et il ne se produit aucun accident nouveau.

Le moulage des chancres a été fait par M. Baretta.

OBSERVATION II. — La nommée Med..., âgée de 21 ans, entre le 5 mars 1890, salle Goupil, lit n° 12. Rien à relever dans ses antécédents héréditaires et personnels; l'état de son enfant qu'elle a laissé dans son pays, est, d'après son dire, très satisfaisant. Elle est venue à Paris et est entrée comme nourrice à l'hospice des Enfants-Assistés, le 26 mai 1889. Elle a donné le sein à 9 enfants, sans accidents; le dixième a eu mal à la bouche: il lui a été retiré parce qu'elle était malade et a été donné à la nourrice précédente Bu..., Camille, qui est devenue malade à son tour. Une fois guérie, Med... a allaité encore trois enfants, jusqu'au 26 janvier, date à laquelle elle a cessé d'être employée comme nourrice. A cette époque elle avait des crevasses aux deux seins; quelques jours après, le 4 février, une ulcération qui s'est agrandie depuis, se développait sur chaque mamelon.

Au moment de son entrée à Lourcine, le 5 mars 1890, nous constatons l'existence d'un chancre infectant à la partie inférieure du mamelon

gauche ; il est plus large qu'une pièce de cinquante centimes, présente une forme arrondie, oblongue, est recouvert d'une croûte brun foncé et repose sur une base nettement indurée. A la partie inférieure du mamelon droit, on trouve la trace d'un chancre infectant complètement cicatrisé mais facilement reconnaissable à sa forme et surtout à la présence d'une induration semblable à celle qui existe du côté gauche. Adénite axillaire des deux côtés, à gauche, un ganglion très volumineux, indolore. On trouve de plus des adénopathies cervicales et inguinales, quelques traces de roséole sur le dos et autour de la taille, une éruption de syphilides papulo-squameuses siégeant à la face, au cou, au tronc et aux membres ; des plaques muqueuses sur les petites lèvres et sur la grande lèvre droite, enfin une angine érythémateuse.

On ne fait aucun traitement local sur le mamelon gauche qui est manifestement en voie de cicatrisation et on donne chaque jour deux pilules de Dupuytren. Aucun autre accident pendant son séjour à l'hôpital.

OBSERVATION III. — La nommée F., âgée de 20 ans, entre le 19 mars 1890 salle Goupil, lit n° 9. Rien d'intéressant dans ses antécédents. L'état de son enfant a toujours été, dit-elle, très bon. Elle est venue à Paris et est entrée aux Enfants-Assistés comme nourrice, le 8 mars 1889 ; elle a donné le sein à 14 enfants. Elle a nourri le dernier pendant 15 jours, du 10 au 25 janvier 1890. Elle prétend que les deux derniers enfants étaient malades, sans pouvoir préciser davantage. Elle avait des crevasse aux seins depuis le milieu de décembre et fait remonter le début de sa maladie aux premiers jours de janvier. Au moment de son entrée à Lourcine, le 10 mars 1890, nous constatons l'existence de deux chancres infectants de la largeur d'une pièce d'un franc, siégeant sur le mamelon droit ; ils sont réunis par un de leurs bords et l'un d'eux est en voie de cicatrisation. Tous deux sont très nettement indurés. Le mamelon gauche est indemne. Adénite axillaire des deux côtés ; à droite un gros ganglion indolent, au sommet de l'aisselle. On trouve de plus des adénopathies cervicales et inguinales, des syphilides papulo-squameuses discrètes de la face, du cou, du tronc et des membres, datant d'une huitaine de jours ; de l'angine érythémateuse, des plaques muqueuses sur les petites lèvres et autour de l'anus. Traitement local : pansements à l'iodoforme sur le mamelon. Traitement général : deux pilules de Dupuytren chaque jour.

La cicatrisation des chancres mammaires se poursuit régulièrement et il ne se produit pas d'autre accident.

A ces trois malades, on pourrait, d'après ce qu'elles nous ont dit, en ajouter une quatrième qui aurait été atteinte d'accidents identiques, et qui, au lieu d'entrer à l'hôpital, serait repartie dans son pays.

Dans la relation des trois faits que nous avons observés, nous n'avons pas insisté sur le diagnostic, qui était mis hors de cause par la présence

d'accidents secondaires caractéristiques, ni sur les caractères objectifs des chancres qui étaient tout à fait typiques. Nous relèverons cependant la multiplicité des accidents primitifs, au nombre de quatre chez la première malade et de deux chez la seconde et chez la troisième. Cette multiplicité qui s'explique facilement par les contacts prolongés et les causes multiples d'érosion au sein chez les nourrices, a été, comme on le sait, fréquemment indiquée. Nous noterons aussi que l'induration a toujours été très nette, très facile à percevoir, et que, chez chacune de nos malades, nous avons constaté dans l'aisselle des ganglions très volumineux, indolores, qui rendaient le diagnostic encore plus facile. Chez nos trois malades, la durée des accidents primitifs a été longue et l'évolution de la syphilis rapide, puisque, en même temps que des chancres non cicatrisés, nous trouvions déjà, outre la roséole et des plaques muqueuses, des accidents secondaires ordinairement plus tardifs, tels que des syphilides papulo-squameuses de la face et du tronc.

Nos observations sont forcément incomplètes au point de vue étiologique. Nous n'avons vu nos malades que longtemps après la contamination et nous avons dû nous contenter des indications très vagues et très incertaines qu'elles ont pu nous fournir. Chacune d'elles a donné le sein à un grand nombre d'enfants, dans un espace de temps assez court : elles ignorent quels accidents ils avaient présenté avant de leur être confiés et ne savent pas davantage ce qu'ils sont devenus depuis. Chez toutes trois, les lésions ont débuté par des fissures, des érosions auxquelles on ne paraît pas avoir attaché d'importance au début et qui ont pris peu à peu les caractères que nous avons reconnus plus tard. Il est donc probable que le début réel de l'accident initial doit être reporté avant l'époque où elles disent avoir vu paraître « un bouton » sur le mamelon et il est fort possible qu'elles aient donné le sein à des enfants sains alors qu'elles étaient déjà contaminées et capables de transmettre la syphilis à leurs nourrissons. Des cas de ce genre sont souvent l'origine de contagions nombreuses et nous demandons s'il n'y aurait pas lieu de prendre, dans des établissements tels que l'hospice des Enfants-Assistés, les mesures propres à éviter le retour de semblables malheurs. On sait combien le diagnostic de la syphilis des nouveau-nés est souvent difficile ; on sait que l'apparition des accidents peut être tardive, et qu'on ne saurait se contenter d'un seul examen pour affirmer qu'un enfant indemne en apparence n'aura pas quelques jours plus tard des lésions propres à contaminer sa nourrice ; un pareil diagnostic est rendu encore plus difficile quand il est impossible d'examiner les parents de l'enfant et qu'on n'a aucun renseignement sur son origine. Quel que soit l'intérêt que peut présenter à d'autres points de vue l'allaitement au sein fait par des nourrices auxquelles on confie dans l'espace de quelques mois, 7, 8, et même 14 enfants d'origine inconnue, cette pratique nous paraît offrir des dangers trop considérables pour ne pas devoir être condamnée.

M. FOURNIER. — C'est avec émotion qu'on prend la parole sur un fait pareil. Comment le qualifier ? Le mot de malheur, de désastre, prononcé par M. de Beurmann me paraît absolument insuffisant. Il faut dire que c'est une honte pour notre société. Voilà quatre femmes, quatre jeunes femmes, qui sont venues offrir leur sein à l'hôpital des Enfants-Assistés et qui, pour récompense, ont reçu la syphilis. Elles l'ont reçue parce qu'elles ont fait l'acte qui honore le plus la femme, l'acte de mère. Elles se sont improvisées mères pour des enfants d'origine inconnue et elles reçoivent la vérole pour prix de leur dévouement ?

Nous devons remercier notre collègue M. de Beurmann d'être venu porter ces faits à notre connaissance parce qu'ils contiennent une démonstration importante, à savoir qu'un enfant inconnu ne doit, sous aucun prétexte, être confié à une femme saine. Avec un examen, nous dira-t-on, on pourra éviter ces accidents. Cela est vrai pour quelques cas ; mais, pour d'autres, c'est tout à fait insuffisant.

Une réforme s'impose donc aujourd'hui, c'est qu'on ne doit à aucun prix confier à une nourrice saine des enfants sur les parents desquels on n'a aucun renseignement. Voici les raisons sur lesquelles je m'appuie pour demander cette réforme radicale.

D'abord l'examen, quel qu'il soit, est toujours insuffisant. Quel est, en effet, celui d'entre nous qui oserait affirmer, après avoir examiné consciencieusement un enfant, que cet enfant n'est pas syphilitique ou qu'il ne le sera pas demain ? Il faut avoir examiné la bouche des nouveau-nés pour savoir combien cet examen est difficile et combien il est fréquent de laisser échapper une érosion qui se dissimule sous la langue, sur ses bords ou à sa base. Personne de nous n'oserait se prononcer sur de pareils enfants, et, quant à moi, je me récuserais complètement.

Il y a d'ailleurs un argument qui peut paraître sentimental ici, mais que je tiens cependant à ne pas omettre. Quel est celui d'entre nous qui confierait un tel enfant à sa propre femme, si cette dernière voulait pieusement, religieusement, se charger de le nourrir ? Elle pourrait vouloir, grâce à ses instincts de charité, élever un de ces enfants abandonnés ; mais nous, médecins, nous nous y opposerions.

D'un autre côté, qui d'entre nous s'astreindrait à ce métier au-dessus de ses forces d'examineur minutieux de tous ces enfants ?

Je conclus en exprimant le vœu qu'on invite l'Assistance publique à supprimer le plus tôt possible l'allaitement au sein à l'hospice des Enfants-Assistés et à le remplacer par l'allaitement animal.

M. ROLLET. — Je m'associe aux paroles émues que vient de prononcer M. Fournier, et je suis d'avis de supprimer l'allaitement au sein pour tous les enfants d'origine inconnue.

À la Maternité de Lyon, malgré la compétence des hommes qui examinent les nouveau-nés, et malgré le triage consciencieux qui est fait de

ces enfants, les nourrices sont infectées dans une proportion assez considérable ; il y en a tous les ans une vingtaine, qui viennent nous consulter à l'Antiquaille, sans compter celles que nous ne connaissons pas.

Non seulement il est difficile de reconnaître la présence d'une plaque muqueuse dans la bouche d'un enfant, mais encore, on s'expose à bien des mécomptes, parce que la syphilis héréditaire ne se développe pas immédiatement après la naissance et qu'elle peut rester latente pendant plusieurs semaines et même pendant plusieurs mois.

M. FEULARD. — L'administration de l'Assistance publique s'est à diverses reprises préoccupée de cette situation ; en ce moment même, elle étudie le projet d'un hôpital suburbain dans lequel on pourrait maintenir en observation plus de nourrissons qu'on ne peut le faire aux Enfants-Assistés. Quant à la proposition de ne confier aux nourrices que les enfants dont les antécédents sont connus, il ne faut pas s'y tromper, c'est la suppression totale et absolue de l'allaitement au sein pour tous les enfants de l'Assistance.

Jamais en effet leurs antécédents ne sont connus ; la plupart sont abandonnés, les autres sont nés de filles mères fort peu renseignées sur la santé du père, quand elles peuvent même désigner ce père. Avec les cas de syphilis à éclosion tardive dont on parlait tout à l'heure, il est impossible de répondre de rien. C'est donc l'allaitement artificiel forcé pour tous ces nourrissons sans exception ; c'est plusieurs milliers d'enfants chaque année, privés des ressources de l'allaitement au sein ; on voit de suite quelle importance prend la question.

M. SEVESTRE. — La question est en effet très importante, et comme j'ai passé cinq ans aux Enfants-Assistés, je vous demande la permission de dire quelques mots à ce sujet. Il arrive tous les jours, à l'hôpital, 10, 12, 15, 20 enfants, mettons 15 en moyenne. Ces enfants sont laissés à l'allaitement artificiel jusqu'au lendemain matin. Le lendemain matin, les internes ou le chef de service les examinent et envoient en province ceux qui sont en bon état ; là, on les visite une fois par mois ; or, tous les ans, on peut compter, en province, une vingtaine de cas de syphilis connus et causés par eux. Les autres, les enfants chétifs, restent à l'hospice où on les examine tous les jours ; néanmoins, il arrive de temps en temps des accidents tels que ceux que vous venez de voir. Ils sont rares, il est vrai, mais on en observe généralement un ou deux cas par an. Je ne parle pas des enfants reconnus syphilitiques qui sont allaités de suite par les ânesses.

Quant à vouloir soumettre tous ces enfants, qui sont chaque année au nombre de 2,500 environ, à l'allaitement par l'ânesse, je crois que cela serait difficile parce qu'on ne trouverait pas d'ânesses en suffisante quantité. Dans tous les cas, il me paraît utile de soumettre la question à l'Administration.

M. FOURNIER. — Il est évident que, s'il entre tous les jours à l'hôpital une quinzaine d'enfants, les médecins, malgré toute leur bonne volonté, ne peuvent pas faire un examen minutieux de tous ces enfants, et de ceux qui sont entrés les jours précédents. Dans tous les cas, cet examen fût-il bien fait, et il l'est j'en suis certain, autant du moins que la chose est possible, tous les cas de syphilis latente échappent à l'œil du médecin et constituent un danger permanent qui demande une réforme immédiate.

M. DE BEURMANN. — La question est importante et je demande qu'elle soit renvoyée à une commission qui pourra donner un avis ferme qu'on soumettra à qui de droit.

La proposition de M. DE BEURMANN est adoptée.

La commission est composée de MM. FOURNIER, ROLLET, MAURIAC, SEVESTRE, DE BEURMANN, FEULARD.

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS PAR LE SPARADRAP AU CALOMEL,

Par M. QUINQUAUD.

A plusieurs reprises, j'ai eu à traiter des syphilitiques qui ne pouvaient introduire dans le tube digestif aucune préparation mercurielle sans éprouver des désordres tels qu'il fallait y renoncer. Les injections sous-cutanées étaient abandonnées à la 3^e ou 4^e; les frictions hydrargyriques leur déplaisaient fort. Ces mêmes malades me réclamaient un traitement et se lamentaient de ne pouvoir se soigner d'une autre manière.

Je me suis mis à l'étude et parmi les moyens que j'ai expérimentés, il en est un qui m'a paru efficace et d'une application facile; c'est le sparadrap au calomel, placé sur la peau des sujets syphilitiques; le lieu d'élection est la paroi latérale du thorax, au niveau de la région splénique.

Tout d'abord, voici quelques détails sur la manière de préparer ce sparadrap.

Sparadrap au calomel.

Emplâtre diachylon des hôpitaux.	3.000 gr.
Calomel à la vapeur.	1.000
Huile de ricin.	300

Faites fondre l'emplâtre diachylon à une douce chaleur. D'autre part, délayez très soigneusement le calomel dans l'huile de ricin et mélangez très intimement le magma avec l'emplâtre entièrement fondu. Retirez

du feu, laissez refroidir jusqu'à consistance convenable, en ayant soin d'agiter constamment, et faites au couteau 14 bandes de sparadrap.

Chaque bande ayant 3 mètres de long sur 0^m,20 de large, un décimètre carré de ce sparadrap contient environ 1 gr. 20 de calomel.

— La confection de ce sparadrap au couteau est préférable à l'emploi du sparadrapier, par le fait que, le couteau étant obligé de passer plusieurs fois au même endroit afin d'obtenir l'égalisation des surfaces, le calomel qui a naturellement des tendances à se précipiter sur la toile c'est-à-dire sous une couche emplastique à peu près inerte, se trouve forcément ramené à la surface ou, tout au moins, est disséminé dans toute la masse.

Je ne saurais trop remercier M. Portes, pharmacien en chef de St-Louis, qui a bien voulu me faire confectionner cet emplâtre avec un très grand soin.

Pour placer ce sparadrap sur la peau, il suffit de savonner celle-ci, à l'endroit désigné, de manière à ce que les fonctions cutanées s'établissent le mieux possible; puis on découpe un décimètre carré d'emplâtre que l'on applique exactement sur la surface cutanée; le sparadrap peut rester en place pendant 4 à 5 jours chez les sujets qui exécutent un travail manuel, beaucoup plus longtemps chez les autres. Règle générale, on le laisse 8 à 10 jours, on l'enlève 8 jours pour le replacer et l'enlever toutes les semaines. Quand on veut agir plus vite on en place un décimètre carré à droite, un autre à gauche.

Une première question se présentait à l'esprit: l'agent thérapeutique sous cette forme insoluble va-t-il pénétrer dans le milieu intérieur? Nos recherches précises permettent de répondre affirmativement.

Pour résoudre cette question, j'ai recherché le mercure dans l'urine à l'aide du procédé suivant: 500 c.c. d'urine sont acidulés avec cinq centim. cubes d'acide chlorhydrique, on fait bouillir; la matière organique est détruite à l'aide du permanganate de potasse, que l'on ajoute peu à peu pendant l'ébullition. On filtre, l'extrémité de l'entonnoir est munie inférieurement d'un tube effilé en verre, dans lequel on place un petit tortillon de cuivre, sur lequel l'urine s'écoule goutte à goutte, grâce à une vis de pression placée sur un tube en caoutchouc qui relie le tube de verre à l'extérieur de l'entonnoir.

L'urine passe donc peu à peu sur le cuivre. Après la filtration on lave le tortillon à l'eau, à l'alcool, à l'éther, on le sèche bien puis on le place au fond d'un tube à essai, au milieu duquel on introduit un très petit cristal d'iode, aussi fin que possible, on chauffe *très légèrement* la partie inférieure du tube à la lampe à alcool: le mercure fixé sur le cuivre se volatilise, et la chaleur faisant volatiliser une faible quantité d'iode les deux vapeurs se rencontrent et forment des anneaux jaune d'HgI qui est rouge si on a des quantités notables de mercure; l'anneau est jaune ou jaune rosé s'il n'y a que de faibles quantités de mercure. On

peut même constater à la loupe des cristaux microscopiques d'iodure mercurique.

Inutile d'ajouter qu'avant l'application du sparadrap les urines des individus syphilitiques ont toujours été soumises pendant une semaine à un examen quotidien et qu'elles ne renfermaient pas traces de mercure. Nous avons rencontré quelques urines de syphilitiques contenant du mercure, mais c'est que les préparations pharmaceutiques, données comme exemptes de mercure, en renfermaient, et que les malades avaient pris du mercure à leur insu, ou bien qu'ils avaient déjà suivi un traitement mercuriel.

Avec ce procédé, j'ai recherché le mercure dans les urines d'une vingtaine de malades syphilitiques sur la peau desquels j'avais placé du sparadrap au calomel : chez tous j'ai retrouvé le mercure dans les urines ; les analyses des observations I, II, III, IV, etc., en sont des preuves incontestables. Quand on applique du calomel sous cette forme à la surface de la peau, le mercure passe donc dans le torrent circulatoire et est éliminé par les urines ; il y a absorption, grâce probablement au chlorure de sodium des sécrétions.

A quel moment peut-on déceler la présence du mercure dans les urines ? — Voici ce qui se passe : en général les trois premiers jours qui suivent l'application de l'emplâtre, on ne trouve rien dans les urines ; les 4^e, 5^e, 6^e jours, on voit un anneau *jaune rosé* indicateur de traces de mercure ; à partir du 7^e jour, surtout chez les femmes, l'anneau est *rouge* et indique nettement la présence du mercure : parfois même le 4^e jour l'élimination est très nette.

Pendant la durée de l'application, on constate une diminution dans la quantité éliminée vers le 7^e ou 8^e jour après l'enlèvement du sparadrap, alors même que la durée d'application n'a été que de 10 à 12 jours ; j'ai souvent trouvé des traces de mercure un mois après une application de 12 jours.

Il nous a semblé que le maximum d'efficacité thérapeutique survenait au moment où l'on voyait l'anneau rouge bien net.

A quel moment cesse-t-on de constater l'élimination ? — Les quantités de mercure éliminées sont d'abord très faibles, puis survient une période d'augmentation, enfin on en trouve encore des traces un mois, six semaines après une application de 12 jours.

Quant à l'efficacité de ce traitement, elle nous a paru aussi nette qu'avec les autres préparations mercurielles administrées par la voie stomacale ; nous en trouvons des exemples dans les observations.

Nous avons vu se résoudre sous nos yeux des syphilides papulo-tuberculeuses, des roséoles, des syphilides corymbifères, des plaques cutanées 8 à 15 jours après l'application du sparadrap.

Pour les inconvénients de la méthode, ils ne me semblent pas dangereux : en effet, en faisant des applications de dix centim. carrés pendant

8 jours, en enlevant et en remplaçant tous les 8 jours, on évitera les accidents sérieux.

Si l'on veut atteindre la salivation, il suffit de doubler la surface de sparadrap : on peut ainsi faire saliver légèrement, et alors même que l'emplâtre reste en place, à cette dose, la stomatite restera bénigne.

C'est donc un mode de traitement que l'on peut préconiser sans crainte; il n'est pas nuisible, il est utile en ce sens qu'à chaque instant il passe dans la circulation une dose infinitésimale de mercure, qui vient impressionner les éléments, et maintenir à chaque minute du jour et de la nuit les éléments organiques sous l'influence de la même dose du médicament.

Voici quelques observations qui viennent à l'appui des faits énoncés précédemment.

OBSERVATION I. — Ren..., âgée de 25 ans, entre à la salle Lorry, n° 21, pour se faire traiter d'une syphilide papulo-tuberculeuse secondaire.

1^{er} février. Application de l'emplâtre au calomel 20/15; le 9 février très légère salivation. On enlève l'emplâtre; à partir de ce moment, les lésions s'affaissent et le 18 février, il ne restait plus que des macules, qui persistent encore lors de sa sortie, le 11 mars.

L'urine examinée avant le traitement ne contient pas de mercure. A partir du 3 février, emplâtre de calomel sur les parties latérales de la poitrine; les examens des 4, 5, 6 février sont négatifs, mais celui du 10 février est positif; d'ailleurs le 11 survient une légère stomatite, qui démontre l'existence de l'intoxication; on enlève l'emplâtre; néanmoins les analyses des 12, 14, 15, 20, 21 et 25 février démontrent encore une élimination très nette avec anneau rouge; le 26 (c'est-à-dire 15 jours après l'enlèvement de l'emplâtre) l'élimination diminue mais reste encore fort nette.

OBSERVATION II. — X..., est entré à la salle Lorry, n° 7.

Les analyses des 14 et 15 février sont négatives au point de vue de la présence du mercure dans les urines.

A partir du 16 février, on applique un emplâtre de calomel sur la peau de la partie latérale de la poitrine.

Le 20 (4 jours après l'emplâtre) l'analyse chimique démontre l'existence d'un anneau rouge très net; les analyses restent positives les 21, 22 et 25 février. On enlève l'emplâtre le 24 février.

Ces recherches font voir que l'élimination peut être nette 4 jours après l'application de l'emplâtre.

OBSERVATION III. — X..., est entré à la salle Lorry, n° 14, pour s'y faire traiter d'une syphilide papuleuse de la période secondaire.

L'emplâtre au calomel est appliqué le 14 février ; les papules commencent à diminuer le 22 février, 8 jours après le début d'une légère salivation ; le 24 on enlève l'emplâtre ; la syphilide continue à s'atténuer.

Les analyses d'urine faites les 10, 11, 12 et 14 février sont négatives au point de vue du mercure ; à partir du 14 février, on applique sur la peau de la poitrine un emplâtre au calomel (20 cent. sur 15) ; le 15 février (3 jours après) les urines ne renferment pas encore de mercure et le 20 février (6 jours après), le 21, l'analyse en décele des traces ; le 24 février (10 jours après) les urines contiennent du mercure, l'anneau est rouge ; à ce moment très légère salivation, on enlève l'emplâtre ; les analyses des 25 à 26 sont encore nettement positives.

Ces recherches démontrent encore : 1° la pénétration du mercure dans le sang à la suite d'application sur la peau d'une préparation mercurielle insoluble ; 2° la première apparition dans les urines vers le 6° jour ; 3° l'apparition très nette vers le 10° jour après l'application de l'emplâtre.

OBSERVATION IV. — X..., entre à la salle Lorry, n° 4, pour se faire traiter d'un chancre infectant de la lèvre inférieure avec pléiade ganglionnaire sous-maxillaire.

Les 21, 22, 23 février, avant tout traitement à l'hôpital, l'analyse des urines décele des traces extrêmement faibles de mercure ; il est probable qu'elle avait déjà pris quelques préparations mercurielles avant son entrée dans le service.

A partir du 24 février, elle prend une pilule de protoiodure d'hydrargyre ; les analyses faites les 25 et 26 ne dénotent aucune accentuation de l'anneau ; celui du 27 est un peu plus net.

OBSERVATION V. — Lap..., âgée de 17 ans, entre à la salle Lorry, n° 25 ; elle est atteinte de 2 chancres infectants des lèvres.

22 février, emplâtre de calomel (20 centim. sur 15).

L'analyse chimique faite les 24 (2 jours après), 25, 26 février dénote des traces de mercure ; l'analyse du 27 (cinq jours après) montre un anneau jaune rosé, indice certain de la présence du mercure dans les urines.

Avant l'application de l'emplâtre, les urines ne renfermaient pas trace de mercure.

OBSERVATION VI. — Ro..., âgé de 28 ans, est entré à la salle Bichat, n° 30, le 7 février 1890.

Ce malade est atteint depuis le 6 janvier d'un chancre infectant situé dans le sillon balano-préputial ; 15 jours après son chancre, il a remarqué le développement d'une pléiade ganglionnaire inguinale, pas de roséole, pas de plaques muqueuses.

Le 10 février, on applique sur les parties latérales du tronc un emplâtre de calomel de 10 centim. sur 20. On le renouvelle les 23, 27 février et 3 mars. Le 5 mars, début de salivation, on enlève l'emplâtre.

Jusqu'au 12 février, l'examen chimique des urines n'y révèle pas trace de mercure ; mais à partir du 14, les analyses faites les 15, 21, 25 et 27 février décèlent la présence du mercure dans les urines ; l'anneau rouge est très net à partir du 20. Avant l'emplâtre, pas de mercure dans les urines.

Ces recherches démontrent la présence de traces de mercure dans les urines à partir du 5^e jour ; l'élimination est très nette vers le 10^e jour.

OBSERVATION VII. — M..., âgé de 23 ans, garçon de salle, est entré à la salle Bichat, n° 35, le 12 février 1890.

Ce malade a été traité déjà à St-Louis pour la gale, pour une blennorrhagie, enfin il entre porteur d'une syphilide, de plaques muqueuses et d'une ulcération du fond de la bouche, qui est le vestige de l'accident initial.

Le 15 février, on applique un emplâtre de calomel (18 centim. sur 30) qui est renouvelé le 20 février, le 24 et le 28 du même mois.

L'analyse chimique des urines démontre le 21 février la présence d'un anneau rouge, qui persiste encore.

Le 27. Avant l'emplâtre pas de mercure dans les urines.

Ces analyses prouvent que le 6^e jour après l'application de l'emplâtre, l'élimination du mercure est très nette.

OBSERVATION VIII. — Rom..., 39 ans, est entré à la salle Bichat, n° 1, le 26 mars 1890, pour un chancre ayant débuté trois semaines environ avant son entrée à l'hôpital ; pléiade ganglionnaire inguinale moyennement développée, marbrures au niveau des hypochondres.

Auto-inoculation autochtone négative le 20 mars.

Le 23. On applique l'emplâtre au calomel (dix centim. sur dix).

4 avril. Pour donner un bain, on enlève l'emplâtre qui est renouvelé.

Le 2. Nouveau bain, nouvel emplâtre (15 centim. sur 15).

Le 7. Salivation depuis 48 heures : on enlève l'emplâtre. Présence du mercure dans les urines le 6^e jour.

OBSERVATION IX. — X... est entré à la salle Bichat, n° 27, pour se faire traiter d'une syphilide polymorphe exanthématique (roséole et papules).

Le 11 février, application d'un emplâtre au calomel (18 centim. sur 30) ; cet emplâtre est renouvelé le 23 du même mois. Le 22 février (11 jours après l'emplâtre), la roséole diminue d'intensité, le 24 les papules sont affaissées : pas de salivation.

L'analyse chimique ne décèle pas de mercure jusqu'au 14 février (3 jours après l'application du calomel).

Du 15 au 21 l'anneau est d'un jaune rosé; mais le 21 février (10 jours après l'application d'emplâtre) l'anneau rouge dénote l'élimination du mercure; l'analyse répétée les 24, 25 et 27 donne des résultats positifs.

Dans cette observation on voit que la syphilide s'est modifiée d'une manière apparente 13 jours après l'application de l'emplâtre.

De plus, le 4^e jour on trouve des traces de mercure dans les urines; mais le 11^e jour l'élimination est beaucoup plus nette.

OBSERVATION X. — Goû..., âgé de 43 ans, est entré à la salle Bichat, n° 21, le 29 janvier 1890, pour y être traité d'une syphilide exanthématique polymorphe; avait eu un chancre à la verge.

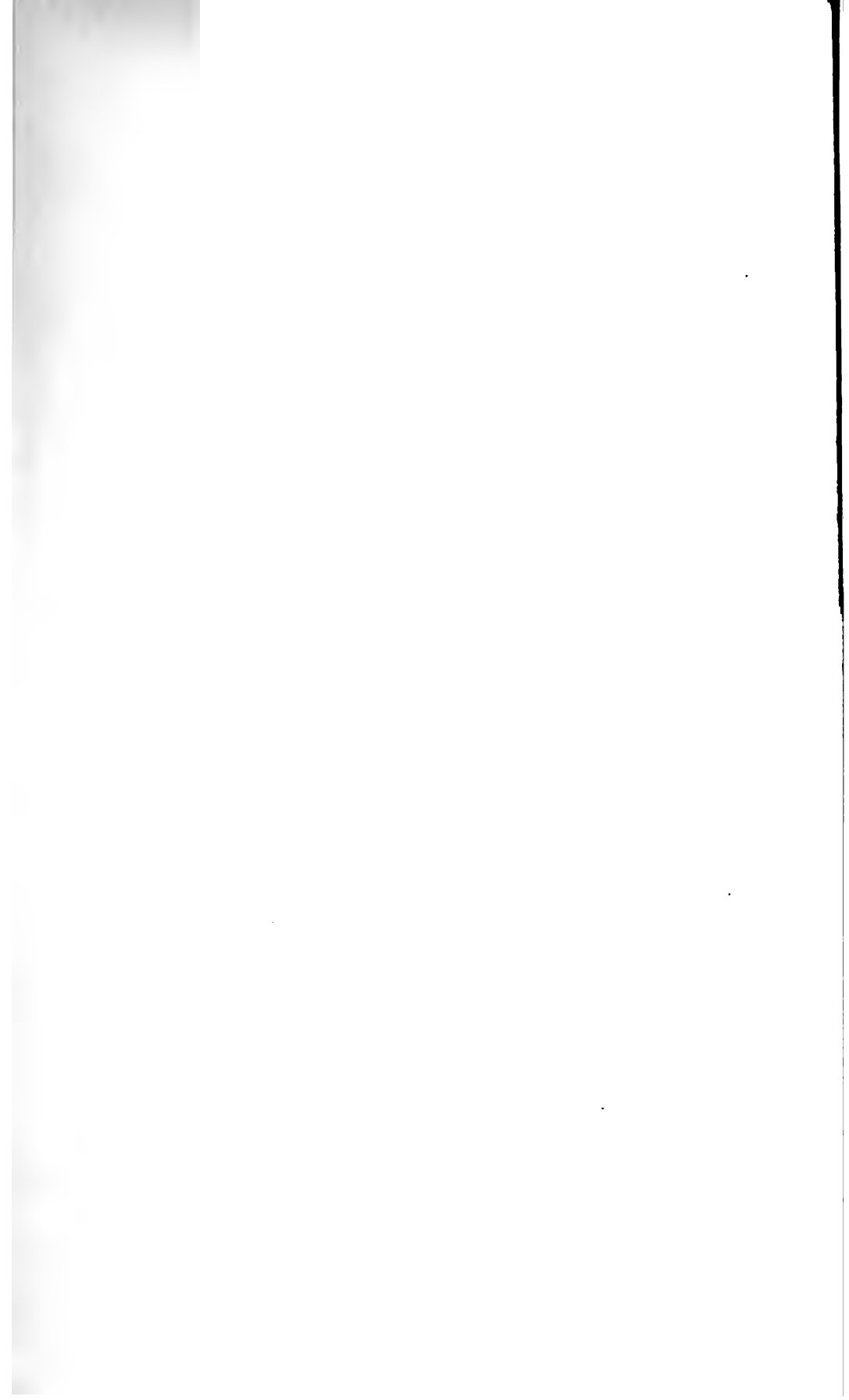
Le 1^{er} février on appliqua sur les parties latérales du tronc un emplâtre de calomel (16 centim. sur 30), qui est renouvelé les 11, 22, 26 février; vers le 16 février on note que la roséole est presque éteinte; les papules ont beaucoup diminué, il reste à leur place des macules. Le 23 février (22 jours après la première application d'emplâtre) les gencives deviennent sensibles et la salivation apparaît.

L'urine examinée le 30 janvier ne contient pas trace de mercure; il en est de même jusqu'au 7 février (6^e jour de l'emplâtre); à cette dernière date l'urine renferme du mercure, l'analyse répétée les 11, 12, 14, 15, 21, 26 et 27 février permet de constater l'élimination du mercure.

Cette observation démontre, outre le passage du mercure dans le sang, l'efficacité de ce mode de traitement, puisqu'après une douzaine de jours d'application la syphilide était sur le point de s'éteindre. D'ailleurs nous avons souvent comparé l'effet produit par les pilules de protoiodure et par l'emplâtre, sans constater de supériorité en faveur de l'un ou de l'autre traitement: dans certains cas l'emplâtre paraissait produire de meilleurs résultats, dans d'autres cas les pilules semblaient préférables.

M. HALLOPEAU. — La seule chose nouvelle dans le traitement de M. Quinquaud est l'emploi du calomel: Unna (de Hambourg) a déjà proposé les emplâtres mercuriels dans la thérapeutique de la syphilis.

M. QUINQUAUD. — Il est possible que le principe du traitement ne soit pas nouveau; mais, ce qu'il y a de certain, c'est que jusqu'ici le sparadrap associé au calomel n'avait jamais été employé, et surtout l'étude scientifique n'avait pas été faite.



SÉANCE DU 12 AVRIL 1890

Présidence de M. le professeur Hardy.

SOMMAIRE. — A propos du procès-verbal : Lecture par M. A. FOURNIER d'une lettre de M. JACQUET sur la transmission de la syphilis des enfants aux nourrices. — Note sur les éruptions symptomatiques, ou rash, de la grippe épidémique, par M. BARTHÉLEMY. — Sur une aplasie moniliforme des cheveux, par MM. HALLOPEAU et LEFÈVRE. (Discussion : MM. ARNOZAN, E. VIDAL, E. BESNIER, HARDY, BROCC.) — Note sur un cas grave d'arthropathie blennorrhagique, par M. C. MAURIAC. (Discussion : MM. ROLLET, A. FOURNIER, JULLIEN, G. THIBIERGE.) — Des raisons qui semblent militer en faveur de la non-spécificité du gonocoque, ou mieux de sa préexistence dans le canal de l'urèthre sain chez l'homme, par M. J. ERAUD (de Lyon). — Rapport sur le travail de M. ERAUD., par M. VERCHÈRE. (Discussion : MM. GAUCHER, HUMBERT, FOURNIER.) — Du traitement des épithéliomas de la face, d'origine sébacée, par les applications locales d'acide acétique, par M. X. ARNOZAN. (Discussion : MM. GAUCHER, BARTHÉLEMY, HARDY, JULLIEN.) — Réflexions sur le phagédénisme syphilitique et le phagédénisme septique, par M. JULLIEN. (Discussion : M. VIDAL.) — Décision fixant la date des séances de la Société.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

M. FOURNIER. — J'ai reçu de M. le Dr Jacquet la lettre suivante qui confirme les idées que j'ai émises hier au sujet du danger que présente pour les nourrices l'allaitement des enfants syphilitiques et qui constitue un argument de plus en faveur de la réforme que j'ai demandée :

MONSIEUR ET TRÈS HONORÉ MAÎTRE,

Quelques membres de la Société ont paru trouver un peu excessive votre opinion sur le veto absolu à opposer à l'allaitement au sein, quand il s'agit d'un enfant inconnu ; permettez-moi de vous communiquer le fait suivant qui m'a convaincu largement moi-même et édifié pour jamais sur ce sujet.

En 1884, j'étais interne de M. Sevestre aux Enfants-Assistés, et chargé de l'examen des enfants reçus la veille. Un jour j'examinai un enfant chétif et maigre, sans autre particularité. Il fut, selon l'usage, confié à une nourrice.

Quelques jours après il mourait d'athrepsie, et je ne fus pas peu surpris en constatant à l'autopsie l'existence d'un foie semoule typique.

Très ému de cette découverte inattendue, j'examinai séance tenante et avec la plus extrême minutie la bouche et les téguments ; et je ne trouvai rien qu'une lèvre inférieure, non pas fissurée, mais *très superficiellement gercée* ; et, près du genou, deux taches sans plus, très petites, à peine perceptibles, grisâtres et un peu squameuses.

Je fis aussitôt mettre en quarantaine, je tins en observation la nourrice qui avait allaité l'enfant et j'attendis très anxieux. Au bout d'une vingtaine de jours apparut un chancre fissuraire du mamelon et.... tout ce qui s'ensuit.

C'est là un des cas que M. Sevestre a observés et auxquels il faisait allusion ; je vous le livre, encore un peu en proie aux remords, réconforté pourtant par ce que vous avez dit hier de l'extrême difficulté, ou plutôt de la non valeur absolue de l'examen ; faites-en tel usage qu'il vous plaira.

Veuillez agréer, très honoré maître, etc.

Dr JACQUET.

DES AFFECTIONS CUTANÉES SYMPTOMATIQUES, OU RASH, DE LA GRIPPE ÉPIDÉMIQUE,

Par M. le Dr BARTHÉLEMY.

Je n'insisterai pas ici sur les diverses affections cutanées que j'ai observées au cours de la grippe épidémique, mais qu'on peut rencontrer dans de toutes autres circonstances, ces dermatoses étant le produit d'actions morbides surajoutées, ou, suivant l'expression à la mode, d'associations microbiennes ; telles sont : les furoncles, les anthrax, les abcès sous-cutanés, les orgelets, les herpès, soit du prépuce, soit des amygdales et du voile du palais (luette), soit des lèvres, soit même de la face ; j'ai vu un cas d'herpès de l'angle interne de l'œil droit et de la paupière supérieure droite.

Je me contenterai de citer deux cas de zonas : l'un, de la cuisse gauche (zona crural), l'autre ayant la localisation vulgaire : le thorax.

Dans 2 cas, il y eut un purpura qui dura une huitaine de jours, mais qui ne présenta aucun caractère capable de le faire distinguer d'un purpura de toute autre cause.

De même ne ferai-je que signaler le rappel d'eczéma antérieur que j'ai constaté dans deux cas.

C'est aussi à cette catégorie qu'appartiennent, je crois, les lésions suppuratives signalées par Leloir et dont j'ai observé un seul cas (phlyctènes des doigts, soit séreuses, soit purulentes, sorte d'érythème polymorphe bulleux).

Mais, toutes ces affections sont plutôt des coïncidences ou des compli-

cations banales que des phénomènes faisant réellement partie du cortège symptomatique de la maladie. Il n'en est plus de même des suivantes qui sont *directement causées par l'infection grippale* et qui en sont des symptômes, tout comme les *rash*, dont elles se rapprochent d'ailleurs beaucoup, le sont de la variole. Comme le *rash* variolique, le *rash grippal* est un symptôme, mais un symptôme inconstant de la maladie. *Sur 219 malades, 14 fois seulement, j'ai observé les efflorescences cutanées.*

Comme le *rash* de la variole ou de la rougeole, celui de la grippe se rencontre dans les formes graves aussi bien que dans les formes légères. Il n'a pas de signification pronostique. Toutefois, aucune éruption cutanée n'a, dans la grippe, la valeur du *rash* inguinal (petit pointillé hémorrhagique bilatéral) qui a, pour la variole, une valeur diagnostique absolue.

J'ai constaté les *rash* dans les trois formes de la grippe : forme nerveuse, forme trachéo-bronchique, forme gastro-intestinale ; mais plus rarement dans les deux premières que dans la troisième. Ils existaient dans les cas où la rachialgie ne s'était pas montrée et inversement.

Outre ces 14 cas d'éruptions cutanées, *rash* de la grippe, j'ai omis à dessein de compter 19 cas où la peau s'est montrée *uniformément rouge*, sans piqueté, d'un rouge foncé, vineux, avec des reflets bronzés, tuméfiée sans œdème vrai, comme badigeonnée et presque luisante. Il n'y avait pas de rougeur aux oreilles, il n'y en avait pas non plus à la gorge ; la langue était bonne, même s'il y avait vomissements ou diarrhée ; les urines étaient claires, sans albumine. La peau était manifestement le siège d'une fluxion excessive, d'une congestion intense, plus marquée peut-être à la face que sur les mains, donnant lieu à une sensation très pénible de chaleur et de tension. Il n'y avait pas à proprement parler d'éruption, il n'y avait que de la rougeur de la peau.

Dans le cours de l'épidémie, cet érythème me permettait de faire, à distance et immédiatement, le diagnostic de la maladie : le malade avait dû s'aliter, il avait une fièvre vive, les yeux brillants, le faciès vultueux, parfois des vertiges, des bluettes troublant la vision par des taches décolorées, un malaise indéfinissable, et, de temps en temps, des coups de marteau partant de l'intérieur du cerveau et donnant, au dire du malade, la sensation très pénible d'une explosion interne. Puis, une détente subite se produisait, la sueur commençait et on pouvait annoncer que les sueurs seraient profuses. Il s'agissait bien là de la grippe épidémique, fébrile, dans sa forme dépourvue de trachéo-bronchite, pouvant donner lieu à des syncopes, à des nausées, à des vomissements, et très rarement à de la diarrhée, du moins dans les cas que j'ai vus. *C'était la craie fièvre rouge* ou fièvre pourpre. Notons bien que la rougeur n'était pas la conséquence de la sueur, mais la précédait. C'était le premier stade de cette poussée intense et soudaine qui allait se passer du côté

des téguments et qui aboutissait parfois, comme chez l'un de mes malades, à 19 chemises et à 6 paires de draps, et, comme chez un autre, à 6 chemises avec gilet de flanelle et à 4 paires de draps, mouillés dans la nuit. C'est chez des malades de ce genre, mais avec des poussées sudorales moindres, que j'ai observé 5 ou 6 cas de sudamina. Cet érythème disparaissait généralement dans les 24 heures. Je ne l'ai jamais vu durer plus de 48 heures ; il ne laissait après lui ni desquamation ni aucune autre trace.

C'est plus spécialement chez des sujets robustes, de 18 à 35 ans, que j'ai constaté ces formes rouges grippales affectant généralement une évolution rapide, bénigne, dépourvue de toute complication, excepté dans un cas où j'ai vu les vomissements et la diarrhée succéder à la fièvre rouge. Consécutivement, le pouls était ralenti et la faiblesse assez considérable.

Cela dit, je reviens aux éruptions proprement dites, ou rash.

Les symptômes éruptifs de la grippe se présentent sous l'aspect morbilliforme et sous l'aspect scarlatiniforme. Il m'a été impossible de découvrir, dans les antécédents et dans la marche de la maladie, pourquoi ils surviennent dans certains cas, alors qu'ils font défaut dans d'autres cas en apparence semblables aux premiers. Je n'ai pas rencontré la forme ortiée.

Deux fois seulement, chez des enfants de 4 à 7 ans, l'érythème morbilliforme, circoné et héli-circoné, s'est trouvé localisé exclusivement aux jambes, aux cuisses, aux fesses et aux avant-bras sans dépasser les coudes. L'affection n'était pas objectivement autre chose que la forme simple d'un érythème polymorphe, et s'est comportée comme telle. Comme ces faits ont été soumis à mon observation au début de l'épidémie, je ne les ai pas distingués tout d'abord de l'érythème polymorphe, bien qu'il n'y eût rien au front ni sur le reste du corps, croyant à de simples coïncidences, et ce n'est que plus tard, à cause de leur répétition sous des formes plus complètes, que j'ai pensé qu'ils devaient être directement rapportés à l'infection grippale.

Les autres éruptions furent franchement généralisées. Il s'agit de taches rouges disposées soit en petites plaques irrégulières, soit en flots arrondis ou ovalaires, soit en demi-cercles entrecroisés les uns avec les autres.

Le début se fait par la face, puis le tronc est envahi, enfin les membres. Il y a en même temps un catarrhe des muqueuses des conjonctives, des fosses nasales, de la gorge et l'on pourrait croire à la rougeole si l'éruption n'avait pas brusquement marqué le début de la maladie et de la fièvre, si les taches rouges n'étaient pas moins saillantes, moins congestives, plus superficielles, si leur disparition n'avait pas été particulièrement rapide ; si le défaut de toute desquamation n'attirait pas l'attention, si les sujets n'avaient pas tous déjà eu (et pour certains

quelques mois à peine auparavant) la véritable rougeole, si enfin les autres symptômes concomitants de la grippe n'étaient pas là pour bien faire voir à quelle maladie on a affaire.

J'en dirai presque autant de l'autre forme qui ressemble d'autant plus à la scarlatine que parfois elle s'accompagne de mal de gorge. Dans quelques cas, l'angine a même pu être intense, pultacée, avec ou sans couenne herpétique. Mais, là encore, la durée de l'éruption, l'absence de desquamation cutanée, de dépouillement lingual, d'albumine et aussi le fait qu'on est entouré de cas de grippe sont de bons guides pour le clinicien.

Dans un cas, l'éruption présenta quelques caractères spéciaux ; il ne s'agissait pas de simples petites taches finement pointillées et réalisant l'aspect piqué analogue à celui de la scarlatine. On avait sous les yeux une éruption généralisée, mais exclusivement développée autour de tous les follicules pilo-sébacés, et rien que là. Le fait était manifeste non seulement sur tout le corps où la peau avait l'apparence franchement ansérine, mais surtout à la face dorsale des doigts, au niveau des petits bouquets pilo-sébacés, ainsi qu'on l'observe dans le pityriasis rubra pilaire. Cette variété, *plutôt pityriasiforme et lichénoïde* que scarlatiniforme, n'eut d'ailleurs pas de gravité plus grande que les précédentes. Mais elle évolua moins silencieusement, dura plusieurs jours de plus, 6 ou 8 jours environ, et se termina par une forte desquamation, marquée surtout au front. Le prurit était modéré, bien différent en cela de la dernière forme éruptive dont j'ai à vous entretenir, et qui n'est plus un rash.

Dans un cas seulement j'ai observé une *éruption vésiculeuse*, localisée autour du cou, à la partie supérieure du dos et à la nuque où elle était surtout développée.

Les vésicules, disséminées çà et là, bien isolées les unes des autres, au nombre de 100 à 150 environ, étaient pour la plupart du volume d'une tête d'épingle ; quelques-unes, une dizaine environ, avaient les dimensions d'une lentille, mais étaient saillantes et acuminées et non aplaties. Il y avait en même temps un érythème papuleux et circiné des avant-bras qui ne dépassa pas les coudes et qui disparut en quelques jours. Presque toutes les vésicules étaient remplies d'une sérosité d'abord transparente, puis purulente. Quelques-unes reposaient sur une base légèrement nodulaire et douloureuse à la pression, à la façon de petits furoncles.

Au bout de quelques jours, la dessiccation eut lieu, la petite calotte vésiculeuse tomba, tout rentra dans l'ordre dans l'espace d'une douzaine de jours. Mais, pendant ce temps, la malade, arthritique et nerveuse, se plaignait de démangeaisons continuelles extrêmement vives, causant de l'insomnie et même une véritable souffrance. Cette malade n'avait pas eu de sueurs abondantes et il ne pouvait être question chez elle, pas plus de suette, de sudamina, que de toute autre éruption sudorale. Il semblait plutôt s'agir d'une éruption vésiculeuse et miliaire analogue à celles

qu'on a observées dans certains cas de fièvre typhoïde et que Hanot notamment a rapportées hypothétiquement à des décharges microbiennes.

Dans ce cas, la grippe se comporta d'ailleurs comme dans les cas dépourvus d'éruption. Les douleurs furent violentes dans les reins (rachialgie véritable), dans les jambes, autour des côtes, comme cela eut lieu chez les rhumatisants et les nerveux atteints de grippe.

J'ai déjà signalé le fait que le poison grippal semble porter à la peau (herpès, etc.); j'en trouve peut-être une nouvelle démonstration dans ce fait que la grippe rappela une forte poussée d'eczéma chez deux malades qui en avaient souffert quelques années auparavant.

Un certain nombre de cas de grippe se sont encore montrés dans le courant du mois de mars dernier, sans qu'on puisse dire qu'il y eût retour de l'épidémie; ils furent particulièrement légers, dépourvus de pouvoir contagieux, et consistèrent en un court accès de fièvre, ou en de simples trachéo-bronchites assez tenaces, avec une toux plutôt quinteuse qu'humide, mais ne s'accompagnant au début ni de douleurs dans les membres, ni d'angoisse précordiale, ne présentant pas de complications pulmonaires, ni de prostration consécutive, ni surtout de symptômes cutanés.

En même temps, mais non chez les mêmes malades, on put observer des *maladies éruptives spéciales* que, pour ma part, j'ai rencontrées surtout chez de jeunes enfants de 3 à 7 ans. Ces maladies, dont l'incubation semble être d'assez courte durée, étaient nettement contagieuses; on n'avait plus affaire ici aux symptômes cutanés de la grippe, mais à une maladie indépendante. J'en ai observé, pour ma part, 9 cas dans 4 familles. Les enfants furent tous pris les uns après les autres, à 3 jours d'intervalle.

Dans 4 cas, les ganglions furent intéressés en de nombreux points, surtout le long du cou, aux angles maxillaires et je crois bien m'être trouvé en face de cas de *rubéole*, comme ceux que MM. Juhel-Rénay, Chantemesse et Talamon ont communiqué le 2 mars dernier à la Société médicale des hôpitaux (3 cas chez les enfants et un cas chez la femme de chambre).

Dans les 5 autres cas, je crois bien plutôt avoir eu affaire à des *roséoles* fébriles et contagieuses, car il n'y avait aucune affection ganglionnaire et l'éruption cutanée était presque toute la maladie. Les yeux étaient larmoyants, beaucoup moins rouges que dans la rougeole; les éternuements fréquents; l'éruption développée sans prodrome, d'abord à la face et surtout au front, s'étendit en quelques heures au tronc, puis aux membres. Que l'on tarde à examiner le malade, et on ne trouvera plus l'éruption qu'aux jambes. Sa disparition très rapide s'effectua en 48 heures, et je pus laisser sortir les enfants sans inconvénient dès le 6^e jour, après avoir constaté qu'il n'y eut à aucun moment d'albumine. La fièvre ne dura guère que 24 heures dans les cas les plus intenses.

L'éruption commença peut-être même avant la fièvre; en tout cas, l'enfant, couché bien portant, fut trouvé rouge au réveil et couvert de petites taches irrégulières, du volume de grains de son, au plus de lentilles, très superficielles, sans aucune saillie, sans prurit, sans desquamation (les taches de la rougeole sont plus larges, plus épaisses, plus congestives); la maladie fut, en somme, d'une bénignité extrême.

En tout cas, ces deux dernières fièvres éruptives avaient des caractères aussi différents des érythèmes de la grippe que des grandes fièvres éruptives, telles que la scarlatine ou la rougeole, bien qu'il soit probable qu'en nombre de cas elles aient été considérées comme telles.

Les *éruptions grippales* ont été signalées par les auteurs anciens, tels que Van Swieten, plus récemment par Ozanam (1835) et par Récamier qui, entre autres formes, décrit (Acad. de méd., 4 février 1837) la *grippe éruptive*, ainsi que par les auteurs contemporains, Brouardel, Cézilly, (thèse de Paris 1890), etc. Mais c'est à dessein que je n'ai pas fait ici l'histoire de la question, ayant voulu seulement relater ce que j'ai été à même d'observer *de visu*, dans le cours de la dernière épidémie.

En somme, la grippe, dans un nombre assez restreint de cas (14 cas sur 219), s'est accompagnée d'efflorescences et d'éruptions cutanées que, je dois le dire en passant, les antécédents ne permettaient nullement de considérer comme des éruptions médicamenteuses. Le type morbilliforme m'a paru beaucoup plus fréquent (8 fois), que la variété scarlatiniforme (4 fois), plus un cas pityriasiforme et un cas d'éruption vésiculeuse.

Il y a lieu de se demander si l'on était en présence de toxidermies attribuables à des états infectieux encore mal déterminés, ces états infectieux étant venus accidentellement compliquer certains cas de grippe, comme la pneumonie, par exemple, est venue en compliquer certains autres; notons en passant que les érythèmes polymorphes en général relèvent souvent soit d'intoxications, soit d'infections diverses. Ou bien avait-on affaire, comme je le crois, à des *lésions cutanées symptomatiques de la grippe*, relevant directement de cette infection, ces éruptions étant des symptômes, non pas fondamentaux, mais simplement variables, en rapport avec une certaine localisation de l'agent infectieux? Ne peut-on raisonnablement penser que le poison grippal peut déterminer du côté de la peau des manifestations analogues à celles que produisent, dans des proportions à peine plus fréquentes, le poison variolique et même le poison morbillieux, ces manifestations étant connues sous le nom de rash? Cela est d'autant plus admissible que l'infection grippale, comme les infections varioleuse et morbillieuse, tout en étant généralisée, affecte comme les précédentes une notable prédilection tant pour les muqueuses que pour le système nerveux.

On peut enfin se demander si, dans les cas de *fièvre rouge*, de fièvre pourpre et d'éruptions vésiculeuses avec érythèmes que j'ai observés dans le cours de l'épidémie grippale, il ne s'en trouve pas qu'il faille rap-

porter à la fièvre dengue, ou mieux si la fièvre dengue et la grippe ne sont pas une seule et même entité morbide. D'après les renseignements que j'ai pris près de personnes qui ont assisté à Constantinople à l'épidémie de dengue, les cas d'éruption dans cette dernière maladie ont été rencontrés une fois sur dix environ ; il semble donc qu'on ait à discuter non plus sur la nature différente de deux maladies, mais seulement sur la fréquence d'un symptôme ; peut-être alors ne s'agit-il plus là que d'une influence de climat, d'alimentation ou de race, rendant les téguments plus ou moins sensibles ou aptes aux réactions vis-à-vis d'un même poison. En tous cas, d'après les symptômes cutanés que je viens d'exposer, je ne puis me défendre de la tendance à croire à l'identité de la grippe et de la dengue ; je l'admettrais même formellement si les médecins de la marine et M. de Brun, qui sont à même d'étudier les deux sortes de maladies, n'avaient pas récemment protesté contre cette manière de voir. Je me contenterai donc de poser de nouveau la question, laissant le soin d'y donner une solution définitive à ceux qui sont mieux placés pour mener à bien de pareilles études.

SUR UNE APLASIE MONILIFORME DES CHEVEUX.

Par MM. H. HALLOPEAU et LEFÈVRE.

Cette maladie, qui paraît très rare, a été décrite pour la première fois en 1879 par M. Luce (1), élève de M. Lailler, et par Walther G. Smith (2) ; depuis lors, Mc Call Anderson (3), Behrend (4) et Lesser (5) en ont publié des observations avec des dénominations différentes sous lesquelles il est difficile de reconnaître un même état morbide.

Elle a été confondue par Lesser, sous le nom de *Ringelhaare*, avec une altération décrite en 1846 par Karsch (6) sous ce même nom, observée depuis lors par Breda (7) et Beigel (8) et constituée essentiellement, non par une atrophie des cheveux, mais par une série de renflements que produit l'accumulation de bulles d'air et qui offrent conséquemment à la lumière réfléchie une coloration blanche. Dans un cas de Wilson (9), il n'y

(1) LUCE. Sur un cas ancien d'alopecie. Paris, 1879.

(2) WALTHER G. SMITH. On a rare nodose condition of the hair. *The Brit. med. Journ.*, 1879.

(3) MC CALL ANDERSON. On an unique case of hereditary trichorrexia nodosa. *Lancet*, 1883.

(4) BEHREND. Ueber Knotenbildung am Haarschaft. *Virchow's arch.*, Bd CIII.

(5) LESSER. Ueber Ringelhaare. *Viertel Jahressch. f. Dermatol.*, 1885.

(6) KARSCH. De capilliti humani coloribus quorundam. *D. I. Gryphial*, 1846.

(7) BREDI. Ueber Ringelhaare. *Riv. Venet di sciens. med.*

(8) BEIGEL, cité par LESSER.

(9) E. WILSON. *Journ. of cutan. med.*, 1863.

avait que des anneaux alternativement blancs et colorés, sans modification du diamètre des cheveux. C'est également à tort que Mc Call Anderson l'a assimilée à la *trichorrexis nodosa*, et que Lesser a admis sa coïncidence avec cette altération que caractérisent des renflements localisés sur le trajet de cheveux d'ailleurs intacts dans tout le reste de leur étendue.

L'expression de *nodositas pilorum*, proposée d'abord par Behrend, n'est pas moins défectueuse, car elle paraît indiquer que l'altération est constituée par des renflements, alors qu'elle est essentiellement atrophique.

Au contraire, celle d'aplasie moniliforme (de monile, collier) que cet auteur a adoptée en dernier lieu (1) et que nous étions arrivés à formuler sans connaître son travail, donne une idée exacte de l'aspect que prennent les cheveux en même temps qu'elle indique la nature du processus (2).

Le jeune enfant que nous avons l'honneur de présenter à la Société offre un type des mieux caractérisés de cette aplasie. Son histoire peut être résumée ainsi qu'il suit.

L'enfant R... est âgé de 29 mois quand on nous le présente pour la première fois en juin 1889; au moment de sa naissance, il avait des cheveux qui bientôt sont tombés; placé en nourrice, il a été repris par ses parents il y a peu de jours. Son état s'est peu modifié depuis neuf mois.

Le cuir chevelu est pâle et brillant; son aspect rappelle, comme l'ont bien indiqué MM. Lailler et Luce, celui qu'il offre dans le favus après la chute des godets et la rétrocession de la dermite; il est en outre surmonté de nombreuses petites saillies qui correspondent aux insertions des cheveux; elles sont couvertes de squames fines; nous y avons cherché en vain les cheveux enroulés qui y étaient inclus dans le fait de MM. Lailler et Luce.

Un petit nombre de cheveux sont sains et atteignent une longueur de huit à dix centimètres. Tous les autres cheveux, d'ailleurs clairsemés, sont cassés à une distance de leur émergence qui varie d'un demi-millimètre à six millimètres. Leur brisure se fait constamment dans une partie rétrécie. Si on les saisit avec une pince, une légère traction les rompt à leur émergence et leur racine reste incluse dans le cuir chevelu.

Le cheveu ainsi détaché présente une série de segments parfaitement fusiformes que séparent des parties amincies. Le volume du milieu de chaque fuseau égale trois fois celui des parties les plus amincies. C'est au niveau des segments rétrécis que l'altération atteint son maximum d'intensité, mais l'aspect régulièrement fusiforme des renflements ap-

(1) BEHREND. Haar Krankheiten. *Real Encyclopedie des Gesamt Heilk.* 2. Auflag.

(2) Le nom d'atrophie ou aplasie intermittente des cheveux qu'a proposé Virchow (*Deutsch. med. Wochenschr.*, 1889), serait également acceptable.

parents indique qu'ils sont également modifiés par la maladie puisque leur diamètre décroît constamment de leur partie médiane à leurs extrémités.

Les rétrécissements qui séparent chaque fuseau sont régulièrement cylindriques ; ils ont environ le tiers de leur longueur.

On voit à la base de quelques cheveux une petite pustule.

Les cheveux sont bruns, leurs segments rétrécis paraissent, aussi bien à la lumière réfléchie qu'à la lumière transverse et à l'œil nu qu'au microscope, plus pâles que les fuseaux ; il en était de même dans le fait de Smith. C'est sans raison que Lesser accuse cet auteur de s'être trompé à cet égard, car chez notre malade ces différences de coloration sont de toute évidence. En examinant les cheveux au microscope, soit sans réactif, soit avec de l'eau, soit avec une solution de potasse à 40 0/0, nous avons constaté que les granulations pigmentaires étaient beaucoup plus abondantes dans les fuseaux que dans les segments étroits : telle est, dans notre cas, la cause de ces différences de coloration ; il en était de même dans celui de Behrend. Chez le malade de Lesser, la pénétration de nombreuses bulles d'air dans les fuseaux, alors que les parties rétrécies en étaient relativement exemptes, modifiait en sens inverse la couleur des cheveux : les fuseaux étaient plus blancs, les segments intermédiaires plus sombres ; mais cet auteur a eu le tort de vouloir généraliser à tous les faits connus ce qu'il observait dans le sien ; nous n'avons constaté dans les cheveux de notre malade qu'un petit nombre de bulles d'air à l'extrémité de quelques fuseaux.

La substance médullaire y est le plus souvent atrophiée ; M. Goupil a observé que les cellules de la cuticule semblent tassées au niveau des segments rétrécis.

Quelques cheveux sont dissociés en pinceau à leur extrémité brisée. Lesser qui a constaté le même fait chez son malade, en conclut que la *trichorrhexis nodosa* coïncide avec son atrophie annelée : comme nous l'avons vu déjà, nous ne pouvons accepter l'interprétation de l'auteur allemand : cette dissociation en pinceau des extrémités brisées des cheveux s'observe dans des circonstances diverses ; elle ne peut suffire à caractériser un état morbide et à justifier une assimilation entre une maladie localisée en un point des cheveux et l'altération si profonde qu'ils présentent dans l'aplasie moniliforme.

La cause prochaine de cette atrophie est indéterminée ; Unna (1) a émis l'hypothèse que, dans les parties amincies, la substance médullaire ne se développe pas, mais dans notre cas elle fait également défaut dans la plupart des fuseaux ; le même auteur admet avec vraisemblance un trouble intermittent dans la circulation de la papille. E. Wilson a émis dans un cas de cheveux annelés l'opinion que l'activité nutritive

(1) UNNA. Versamml. Deutsch. Naturf. u. Aerzt. in Strassburg, 1885.

s'amoindrissait pendant la nuit et explique ainsi les différences de couleur des segments des cheveux. On peut se demander si, dans l'aplasie moniliforme, la longueur des fuseaux n'est pas trop considérable pour ne représenter que l'accroissement d'une journée.

Il serait désirable qu'une biopsie permît de constater à quelles altérations élémentaires correspondent les saillies lichénoïdes dont est hérissé en pareil cas le cuir chevelu, et quel est l'état des bulbes et des follicules pileux.

M. ARNOZAN. — Je viens d'observer un cas semblable dont l'observation sera prochainement publiée par un de mes élèves, M. P. Archambault dans les *Annales de dermatologie*. Chez mon malade, l'affection n'occupait pas toute la tête, mais seulement une plaque de la grandeur de la paume de la main dans la région de la nuque.

M. VIDAL. — J'ai eu l'occasion de voir plusieurs exemples de cette affection; dans tous les cas, l'affection était congénitale; aussi je demanderai à M. Hallopeau si, chez cet enfant, la maladie existait à la naissance.

M. HALLOPEAU. — Je n'ai pu avoir, des parents de cet enfant, que des renseignements assez vagues; ils ne se sont aperçus de l'affection que deux mois après qu'ils l'eurent envoyé en nourrice, mais cela ne prouve pas qu'elle n'existait pas auparavant.

M. VIDAL. — En 1881, au Congrès de Londres, M. George Thin a présenté un enfant atteint de la même affection. Dans les deux faits que j'ai cités à ce propos, ainsi que dans ceux de Liveing et de Duncan Bulkley, l'affection était congénitale. M. Kaposi, de son côté, rapporta l'observation de deux malades chez lesquels l'affection s'était développée plus tard et devrait être rattachée, d'après lui, au lichen pileux. M. Unna parla d'une jeune fille chez laquelle la maladie avait pris naissance à la suite de troubles nerveux.

Cette affection a été confondue par Lesser avec les cheveux annelés dont Erasmus Wilson nous a laissé une très intéressante observation. Dans ces cas, c'est la canitie qui produit les anneaux, le cheveu paraissant alternativement blanc et brun comme les poils de certains animaux tels que l'ichneumon et le porc-épic. Les cheveux de la canitie annelée conservent leur forme cylindrique, ce qui les distingue complètement des cheveux moniliformes.

M. ERNEST BESNIER. — Les nodosités pileuses, l'état annelé, les cheveux moniliformes, ne sont que des lésions dont il faut rechercher la condition pathogénique dans un état morbide de la papille pileuse, matériel

ou fonctionnel, état morbide auquel doit être reportée la dénomination qui convient à ces faits pathologiques. Mes observations s'appliquent non seulement aux diverses nodosités des poils, mais à l'altération aplasique qui produit ici les étranglements annulaires, laquelle peut se rencontrer dans des affections distinctes. Je citerai, en particulier, la *pelade* dans laquelle, à la régularité et au nombre près, on trouve quelquefois sur la tige radiculaire atrophiée, dépigmentée et transparente, un ou plusieurs renflements analogues, au niveau desquels le poil reprend à peu près sa couleur et son calibre. Cette analogie se complète par les infiltrations d'air, et la brisure en pinceau (trichoptilose), lésions fréquentes aussi bien dans l'aplasie annelée que dans la pelade.

En ce qui concerne l'enfant qui vient de nous être présenté par M. Hallopeau, un interrogatoire sommaire nous a appris qu'il y avait des ichtyosiques dans sa famille, et un examen rapide nous permet de constater qu'il présente, sur la tête et sur le dos des bras, des indices certains de la maladie que j'ai étudiée sous le nom de *xérodermie pileaire*, et M. Brocq sous la dénomination de *kératose pileaire*. Ce n'est pas, je crois, dépasser les lois de l'analogie, d'admettre que l'état annelé des cheveux n'est ici que la *lésion*, et la xérodermie pileaire, la *maladie*. Je fais sur ce point appel au jugement de M. Brocq.

M. HARDY. — Je partage l'avis de M. Besnier et j'ai pensé de suite à l'ichtyose que je considère comme ne formant qu'un avec la kératose pileaire. On voit sur la tête de cet enfant, à côté des plaques où les cheveux sont malades, un aspect inégal et rude de la peau qui ressemble tout à fait à ce qu'on a décrit sous le nom d'ichtyose locale. Ces ichtyoses ont pour caractère particulier de présenter une symétrie parfaite des deux côtés, c'est ce qu'on peut remarquer ici. La lésion initiale est donc une altération de la peau, et celle-ci tient sous sa dépendance l'altération des cheveux.

M. BROCCQ. — Je ne puis que confirmer ce que vient de dire M. Besnier. C'est un cas absolument typique de kératose pileaire du cuir chevelu. Vous pouvez remarquer, en certains points de la tête, de petites saillies rouges caractéristiques, et, en d'autres points, les atrophies et les cicatrices consécutives à la kératose pileaire. J'observe en ville, en ce moment, un cas de ce genre chez un homme adulte qui présente de petites cicatrices blanches consécutives à l'évolution de petits grains rouges circumpilaires.

M. HALLOPEAU. — Dans tous les faits publiés jusqu'ici, on ne parle ni de kératose ni d'ichtyose ; il est possible que l'altération des cheveux soit consécutive à une de ces deux affections, mais le fait n'avait pas encore été signalé.

J'ajouterai que la fréquence de l'ichtyose et de la kératose contraste avec la rareté extrême de cette forme d'altération des cheveux ; l'observation que je rapporte est, en effet, je crois, la seconde qui soit publiée en France.

M. VIDAL. — Jusqu'à présent, je n'ai pas constaté l'altération moniliforme des cheveux dans la kératose pilaire, mais seulement leur atrophie.

M. BROCCQ. — M. Besnier a déjà dit que cette altération des cheveux se retrouvait dans d'autres affections telles que la pelade, c'est la meilleure réponse qu'on puisse faire à M. Vidal. Quant à la rareté de ces faits, elle n'a rien de surprenant, puisque l'ichtyose pilaire du cuir chevelu est elle-même excessivement rare ; depuis un an, je n'ai pu en trouver que deux ou trois cas.

M. VIDAL. — M. Brocq a-t-il observé cette altération dans les poils des sourcils et dans ceux de la barbe ?

M. BROCCQ. — Je crois que personne ne l'a encore vue dans la barbe : elle est fréquente dans le duvet, mais se développe difficilement dans les poils adultes.

M. ERNEST BESNIER. — Nous n'avons pas dit, parce que nous ne le savons pas, si cette altération des poils accompagne tous les cas de xérodémie pilaire : mais, en constatant une coïncidence aussi éclatante, nous avons déclaré que le rapport entre les deux faits s'imposait de lui-même.

NOTE SUR UN CAS GRAVE D'ARTHROPATHIE BLENNORRHAGIQUE,

Par M. CHARLES MAURIAC.

Dans l'ensemble des manifestations si multiples et si variées qui émanent de cet étrange état constitutionnel dont la blennorrhagie urétrale est la cause essentielle ou occasionnelle, et qu'on désigne avec raison sous le nom de *rhumatisme blennorrhagique*, les processus d'une grande acuité phlegmasique sont un événement exceptionnel. Leur rareté constitue même un des principaux caractères de l'affection. Que la douleur y devienne parfois extrêmement violente, ce n'est pas douteux ; mais, à son plus haut degré d'intensité, elle paraît toujours être supérieure à l'élément phlegmasique ou hydrophlegmasique qui la provoque, et hors

de proportion avec la lésion qu'elle seule révèle dans la plupart des cas.

Quelque habitué qu'on soit à voir les effets singuliers de l'état constitutionnel qui naît et disparaît avec la blennorrhagie, on est exposé à bien des surprises. Malgré les recherches approfondies dont elle a été l'objet, cette grave maladie, qui dépend beaucoup plus de l'individu que de la blennorrhagie, reste énigmatique par tant de côtés, qu'il n'y a peut-être pas, dans toute la vénéréologie, de question plus obscure encore et plus difficile à élucider. Je ne veux point aborder ici le grand problème de sa pathogénie intime, de celle qui est par delà ce fait bien établi que la blennorrhagie est la condition absolue de tous les accidents rhumatismaux qui se développent pendant sa durée. Qu'il me suffise d'appeler l'attention sur une forme rare d'arthropathie blennorrhagique.

L'extrême acuité phlegmasique, l'apparence phlegmoneuse grave de l'affection, son siège principal dans le périoste des extrémités osseuses plutôt que dans l'articulation elle-même, l'imminence d'une suppuration qui n'a pas eu lieu, la résolution qu'il paraissait presque chimérique d'espérer : tels sont les principaux caractères de l'observation que je vais rapporter.

Le malade qui en est le sujet est âgé de 26 ans. Fort, vigoureusement constitué, il ne présente dans ses antécédents aucune trace de rhumatisme constitutionnel, accidentel ou héréditaire. Il avait toujours été bien portant jusqu'à l'âge de 24 ans. A cette époque, il contracta un chancre infectant et eut des accidents cutanés et muqueux superficiels et de peu de durée dont il est débarrassé depuis longtemps. La syphilis n'avait produit aucune détermination sur les jointures et elle n'a eu aucun rapport prochain ou éloigné avec l'affection qui se développa sur lui, dans mon service où il entra le 20 janvier 1890, au 13^e jour d'une première blennorrhagie très aiguë qui jusque-là n'avait présenté aucune complication.

Trois jours après son entrée, sans aucune cause appréciable, des douleurs vagues se produisirent dans les deux épaules, principalement dans celle du côté gauche où elles augmentèrent rapidement d'intensité, avec des irradiations qui se prolongeaient dans tout le bras gauche, jusqu'à la main.

Au bout de 48 heures, les douleurs de l'épaule droite disparurent et celles de l'épaule gauche s'atténuèrent et semblèrent se concentrer sur l'articulation du coude. Elles y devinrent bientôt intolérables et s'accompagnèrent du jour au lendemain d'une arthrite des plus violentes.

Cinq jours après le début de cette arthrite, le bras avait presque doublé de volume au niveau de l'articulation et au delà d'elle, en haut et en bas, dans une étendue de 10 centimètres au moins. Les moindres mouvements étaient intolérables et le membre en demi-flexion restait condamné à une immobilité complète.

Vers le sixième jour, tous ces phénomènes s'étaient tellement accen-

tués qu'on aurait pu croire, à première vue, qu'il s'agissait là d'un vaste phlegmon sous-cutané, infiltré de pus. La peau était chaude, rouge, tendue, luisante. La pression faisait constater une rénitence très prononcée au centre de la lésion, et, à son extrémité, un empatement œdémateux.

Mais une particularité remarquable, c'est qu'en pratiquant l'exploration plus profondément, au moyen d'une palpation douce et prolongée, on finissait par sentir un bourrelet dur à 4 ou 5 centimètres au-dessus de l'article sur l'humérus, et à la même distance au-dessous sur le cubitus et le radius; de telle sorte que ces trois extrémités osseuses paraissaient augmentées d'un bon tiers, ainsi que l'épicondyle et l'épitrachée. Évidemment il s'agissait là d'une vaste périostite qui s'était développée sous le mode le plus aigu et le plus rapide, tout autour de l'articulation et qui avait suscité jusque dans le tissu cellulaire sous-cutané un œdème aigu pseudo-phlegmoneux. Mon collègue M. Humbert, que j'eus appelé pour savoir s'il était nécessaire d'intervenir chirurgicalement, fut d'avis qu'il fallait attendre et continuer les onctions d'onguent mercuriel et les applications de cataplasmes émollients qui avaient constitué et qui constituèrent jusqu'à la fin tout le traitement.

Cette affection ne s'était point développée sans retentir sur l'état général. Le malade eut pendant 7 ou 8 jours une fièvre assez vive. Quant à la blennorrhagie, elle resta à peu près ce qu'elle était au moment du début de l'arthropathie, c'est-à-dire aiguë, purulente et copieuse.

Vers le 15^e jour, il se produisit une détente marquée; l'œdème diminua, la rougeur de la peau disparut presque complètement et toute menace de suppuration s'évanouit.

C'est alors qu'il fut possible de se rendre encore mieux compte qu'on ne l'avait fait au commencement, du siège principal de l'affection. Il devint évident par la palpation que c'était bien le périoste des trois extrémités osseuses qui avait été partout atteint de tuméfaction uniformément dure, se terminant brusquement à cinq ou six centimètres au-dessus de l'articulation, sur l'humérus, et à la même distance au-dessous, sur le radius et le cubitus. Au niveau de la jointure, dans tout son pourtour, il existait un vaste empatement qui semblait indiquer que toutes les parties ligamenteuses avaient été aussi entraînées dans le processus.

L'état général s'améliora peu à peu; mais le malade se ressent encore de cette secousse survenue brusquement en pleine santé, sans aucune cause traumatique ou autre indépendante de la blennorrhagie, et en l'absence de tout substratum constitutionnel apparent.

Au bout d'un mois, cette arthropathie, bien qu'elle fût diminuée, était encore très douloureuse et rendait impossibles les moindres mouvements spontanés. La tuméfaction péri-articulaire et périostique de l'humérus et des os de l'avant-bras restait considérable et très rénitente. Aujourd'hui l'état local bien que fort atténué est encore sérieux après deux mois et demi. Il existe une ankylose incomplète; les masses musculaires sont

atrophies et le patient ne recouvrera probablement pas de longtemps la plénitude fonctionnelle de son bras gauche.

Heureusement pour lui, toutes les autres articulations sont restées intactes, sauf celle du poignet gauche qui a été légèrement touchée pendant quelques jours. La blennorrhagie n'est pas encore guérie. Je ne crois pas trop m'avancer en affirmant qu'elle est la seule cause de cette arthropathie.

J'ai observé un cas à peu près exactement semblable, où l'arthropathie sous cette forme excessivement aiguë occupait également l'articulation du coude, et se termina de la même façon.

N'était-il pas à craindre que dans ce cas, comme dans les cas analogues, le processus phlegmasique aboutît à la suppuration ? Assurément oui, à n'en juger que par les apparences. Mais le propre des manifestations rhumatismales de la blennorrhagie, n'est-il pas d'être primitivement et de rester toujours hydrophlegmasiques et hyperplasiques sur le système locomoteur, et catarrhales sur la conjonctive, sans arriver à la formation de pus ? Ce grand fait a été établi de la manière la plus formelle par M. le professeur Rollet dans ses très remarquables travaux sur le rhumatisme blennorrhagique. Sans doute il y a quelques exceptions, mais elles sont fort rares et s'expliquent ordinairement par des circonstances étrangères à l'affection elle-même. Et puis alors ce n'est pas toujours au foyer même de la lésion, dans l'articulation ou le périoste péri-articulaire, que se forme le pus, c'est en dehors et dans le tissu cellulaire sous-cutané. J'en ai observé un exemple chez un malade atteint d'une violente arthrite blennorrhagique du genou ; l'œdème sous-cutané devint inflammatoire et suppura ; deux ou trois petits abcès se formèrent et il fallut les ouvrir ; mais, au-dessous, l'arthropathie ne subit point un pareil processus et la résolution s'effectua comme dans les cas ordinaires.

M. le professeur Fournier, dans un mémoire du plus haut intérêt sur le rhumatisme blennorrhagique, a relaté un cas d'arthrite très aiguë, d'autant plus semblable au mien que l'articulation du coude gauche en était précisément le siège. Cette arthrite suppura, mais la fièvre typhoïde dont le malade mourut ne fut-elle pas la cause principale de la transformation purulente ?

On peut donc dire que, dans l'immense majorité des cas, les arthropathies blennorrhagiques, malgré toute leur gravité à tant d'égards, ne dégénèrent pas en tumeurs blanches. Et néanmoins que de conséquences souvent désastreuses ! J'ai vu quelques malades qui ont été littéralement réduits à l'émaciation la plus extrême, à l'ankylose irrémédiable de plusieurs articulations du membre inférieur par le seul fait d'un ou plusieurs rhumatismes blennorrhagiques. Il y en a qui en meurent. D'autres deviennent infirmes et aussi impotents que des goutteux invétérés.

C'est donc là, et de beaucoup, la complication la plus grave de la blen-

norrrhagie. Mais est-il dans l'essence même de la blennorrhagie d'y donner lieu et ce mot de *complication* est-il bien exact ?

Quel est le plus responsable de pareils méfaits, elle ou le malade ? Eh bien, disons hardiment que c'est le malade. S'il était dans l'essence de la blennorrhagie de produire à elle seule le rhumatisme blennorrhagique, comme le chancre infectant donne lieu aux accidents consécutifs et contient en germe toute la syphilis, ce n'est pas un ou deux rhumatisants sur mille blennorrhagiques que nous aurions ; nous les compterions par centaines. Ils surpasseraient comme nombre ceux qui sont atteints des complications blennorrhagiques de voisinage, telles que les orchio-épididymites par exemple, et la blennorrhagie deviendrait presque aussi grave et aussi dangereuse que la syphilis.

Heureusement il n'en est pas ainsi. Mais combien sont à plaindre ceux qu'une fatale prédisposition condamne au rhumatisme blennorrhagique ! Ils le sont d'autant plus qu'il n'existe aucune médication radicale contre ces affections, et qu'à leur tour ces affections engendrent, j'en suis convaincu, des blennorrhagies, en dehors de toute contagion, de telle sorte qu'il se produit une action et une réaction à l'infini du rhumatisme à l'urèthre et de l'urèthre au rhumatisme. C'est un cercle pathologique tantôt blennorrhagico-rhumatismal, tantôt rhumato-blennorrhagique dont il est difficile de sortir quand on a eu le malheur d'y pénétrer.

M. ROLLET. — Dans cette observation, l'écoulement urétral est resté stationnaire pendant l'attaque de rhumatisme, ce n'est pas le cas ordinaire.

M. MAURIAC. — J'ai remarqué que l'écoulement blennorrhagique diminuait souvent lors de l'invasion des accidents rhumatismaux.

M. FOURNIER. — Dans les cas de rhumatisme blennorrhagique, il n'y a pas de règle invariable en ce qui concerne l'écoulement : tantôt il persiste, tantôt il diminue ou s'arrête complètement. Cette diminution peut être due aussi au séjour au lit, qui, comme on le sait, a d'ordinaire sur l'écoulement une grande influence.

On s'attache quelquefois à vouloir guérir la chaudepisse au cours du rhumatisme blennorrhagique. J'ai fait comme tout le monde, et je suis arrivé à ce résultat étonnant que cette guérison n'a aucune influence sur le cours du rhumatisme qui continue sa marche malgré tout. Mes collègues ont-ils observé le même fait ?

M. MAURIAC. — J'ai fait la même observation que M. Fournier ; j'ajouterai que les écoulements qui s'accompagnent d'arthropathies offrent une grande résistance au traitement.

Quant à la nature véritable du rhumatisme blennorrhagique, je crois

qu'il est difficile de se prononcer à son égard. Dernièrement j'ai prié M. le professeur Straus d'examiner de la sérosité contenue dans une arthropathie blennorrhagique du genou absolument typique, et il n'y a découvert aucun gonocoque.

M. JULLIEN. — On ne défend presque plus la nature gonococcique du rhumatisme blennorrhagique, mais on tend généralement à admettre que des microbes pyogènes sont absorbés au niveau de l'urèthre malade et vont infecter les articulations, qu'il s'agit en un mot d'une infection secondaire.

M. G. THIBIERGE. — Il y a deux ans, pendant que je remplaçais M. Straus à l'hôpital Saint-Antoine, j'ai prié son interne, M. Dubarry, très compétent en technique bactériologique, d'examiner le liquide d'une arthropathie blennorrhagique absolument typique du genou. Cet examen a été complètement négatif, tant au point de vue de la présence du gonocoque que de la présence de micro-organismes quelconques et les cultures sont restées absolument stériles : ce fait infirme donc la théorie de l'infection secondaire. Il vient s'ajouter aux faits déjà nombreux dans lesquels des observateurs très compétents tels que Ehrlich, Vogt, MM. Aubert, Straus, Widal, n'ont pu rencontrer le gonocoque, faits beaucoup plus probants, quoique négatifs, que les observations très insuffisantes au point de vue bactériologique de Petrone, de Kammerer et de Bousquet.

DES RAISONS QUI SEMBLERENT MILITER EN FAVEUR DE LA NON SPÉCIFICITÉ DU GONOCOQUE, OU MIEUX DE SA PRÉEXISTENCE DANS LE CANAL DE L'URÈTHRE SAIN, CHEZ L'HOMME,

Par M. J. ERAUD (de Lyon).

Jusqu'ici, le microbe de Neisser a été et est considéré comme le microbe spécifique de la blennorrhagie.

D'un certain nombre de recherches micrographiques et bactériologiques que j'ai entreprises à ce sujet, il semblerait résulter que cette spécificité devrait être mise en doute, et que le gonocoque pourrait bien n'être qu'un microbe saprophyte de l'urèthre normal, capable de transformisme et capable, par conséquent, sous l'influence de conditions encore à déterminer, d'engendrer à la fois la suppuration uréthrale et les complications de la gonorrhée.

Ces recherches ont porté, d'une part, sur les individus atteints de blennorrhagie, de prostatite, d'orchite ; et, d'autre part, sur le canal d'individus vierges de tout accident vénérien.

Voici, en premier lieu, les recherches portant sur l'urèthre pathologique :

A. — Sur un homme atteint d'épididymite blennorrhagique au 3^e septénaire d'une blennorrhagie nettement démontrée par le microscope de nature gonococcienne, j'ai fait une ponction de la vaginale et ai recueilli, à l'aide de pipettes stérilisées, un peu de sérosité vaginale, avec laquelle j'ai ensemencé des ballons remplis de bouillon que j'ai soumis à l'étuve, à une température de 33° à 35°. Dans ces ballons, s'est développée une culture qui, portée sur gélatine et sur agar-agar, a donné lieu à une culture blanchâtre. Le microbe obtenu est un diplocoque, qui se groupe quelquefois en chaînettes, et surtout en amas : c'est un staphylocoque des plus nets. Injectées sous la peau de cobayes, des cultures dans le bouillon n'ont donné lieu à aucun abcès ; les animaux ainsi inoculés sont morts dans les 18 à 25 jours suivants, sans présenter aucune lésion à l'autopsie. D'autre part, l'injection dans le testicule d'un chien, d'un centimètre cube d'une culture de 2 jours de ce microbe, a produit une orchite des plus évidentes, fort douloureuse pendant 2 à 3 jours, qui a disparu progressivement en 6 à 7 jours. Il nous est donc facile de résumer les principaux caractères afférents à ce microbe : ce sont la coloration blanche de ses cultures qui apparaissent sous l'aspect d'flots ou d'amas plus ou moins épais ; la non liquéfaction de la gélatine ; l'absence de toute action pyogène ; son non passage dans le sang des animaux (cobayes) qu'il tue par septicémie simple, sans lésion appréciable ou apparente d'aucun organe ; la faculté de reproduire expérimentalement la lésion dans laquelle on le rencontre, l'orchite ; enfin, il ne se décolore pas ou se décolore incomplètement par la méthode de Gram (procédé G. Roux).

B. — Dans la prostatite blennorrhagique, j'ai recueilli dans le résidu urinaire des grumeaux avec lesquels j'ai ensemencé des tubes de gélatine ou d'agar, sur lesquels j'ai obtenu des cultures de colorations diverses : blanchâtre, rouge, jaune soufre. Dans ces cultures, on retrouve le même microbe que précédemment, avec ses caractères morphologiques de grosseur, de groupement. Injecté dans le péritoine, sous la peau, dans l'urèthre des cobayes, il tue les animaux par septicémie ; et, enfin, injecté dans le testicule, il produit l'orchite.

C. — Le troisième cas a trait aux urines plus ou moins troubles, plus ou moins chargées de mucus que l'on observe chez les blennorrhagiens, aux divers stades de leur affection. Quelques gouttes d'urine recueillies dans ces conditions ont donné lieu à des cultures dans lesquelles on retrouve le même parasite, avec lequel on reproduit l'orchite, et avec lequel les animaux meurent tués de la même façon.

Dès lors, on pouvait se demander s'il n'y avait pas quelque analogie à établir entre ces divers microbes d'une part, et le gonocoque lui-même d'autre part ; la difficulté était d'obtenir des cultures de ce dernier. Je pense en avoir obtenu en recueillant du pus des premiers jours de la

blennorrhagie, en l'ensemencant sur l'agar-agar et en le soumettant à l'étuve à une température de 35 à 38°. Au bout de 2 à 3 jours, il se développe une culture qui, portée sur gélatine, donne lieu à une culture qui ne liquéfie pas le milieu; les cultures se développent également bien dans le bouillon. Ces cultures, examinées au microscope, sont constituées exclusivement par des diplocoques ressemblant d'une façon frappante au gonocoque lui-même. Injecté sous la peau des cobayes, ce microbe ne produit pas de pus; il tue les animaux par septicémie, sans lésion appréciable; injecté dans le testicule, il reproduit également l'orchite. Et, enfin, comme tous les précédents, il se décolore incomplètement par le procédé de Roux.

Il y a lieu de penser que c'est le gonocoque qui est ici obtenu, tout en formulant certaines réserves, puisque je n'ai pu obtenir, par l'inoculation des cultures, la reproduction expérimentale de la blennorrhagie chez les animaux.

En tous cas, il est permis d'être frappé de l'analogie qu'il y a entre ce microbe (gonocoque) et tous les autres déjà décrits, puisque leurs propriétés sont absolument similaires, qu'on envisage leurs modes de réaction sur les milieux nutritifs ou qu'on constate leurs effets relativement à la production de l'orchite. Cette analogie est encore accrue par la ressemblance, dans leurs effets, des diastases sécrétées par ces divers microbes, car ces diastases, injectées dans le testicule, donnent lieu également à l'orchite, et bien plus, produisent chez les chiens jeunes, l'*atrophie* du testicule, la *varicocèle* de Ricord.

Telles sont les recherches portant sur l'urèthre pathologique.

Voici maintenant, sommairement, les recherches faites sur le canal, à l'état sain. J'ai successivement étudié à ce point de vue l'urèthre du nouveau-né, de l'enfant, et de l'adolescent vierge de tout accident blennorrhagique ou vénérien.

A. — Sur six nouveau-nés de 1 à 6 jours, j'ai plongé des pipettes stérilisées, dans leur canal, et j'ai semencé séance tenante des tubes de gélatine; et, au bout d'un temps variant de 5 à 15 jours, j'ai obtenu une culture jaune ou blanchâtre. Ces cultures, à l'examen microscopique, m'ont paru à peu près pures, car à part quelques très rares bacilles, j'y ai toujours et presque exclusivement trouvé un diplocoque-staphylocoque, de mêmes dimensions et de mêmes caractères que le gonocoque lui-même. Tous les ensemencements secondaires faits sur gélatine avec ce microbe, m'ont montré qu'il ne liquéfie pas la gélatine. En outre, les cultures dans le bouillon, injectées sous la peau de cobayes ou dans la veine auriculaire de lapins n'ont pas produit de pus, ni au niveau de la piqûre d'inoculation ni dans aucun autre point de l'organisme; les animaux (cobayes) meurent de septicémie sans lésion appréciable à l'autopsie. Enfin, injecté dans le testicule du chien, il reproduit également l'orchite.

Un point à noter: c'est que ce microbe, qu'il convient, je crois, de

dénommer « *staphylocoque uréthral* », pour préciser sa forme et son habitat, a pour siège fondamental le canal de l'urèthre, et qu'il y vit presque à l'exclusion de tous autres parasites, chez le nouveau-né du moins.

B. — Chez les enfants de 7 à 12 ans, en procédant de la même manière, j'ai obtenu des cultures plus complexes, et qui, au milieu de bacilles et de cocci divers, renfermaient le « *staphylocoque uréthral* » que j'ai pu facilement isoler, et que j'ai pu étudier comme le précédent : comme lui, il présente le même mode de réaction sur les animaux et sur les milieux de culture.

C. — Enfin, chez l'adolescent vierge de tout écoulement quelconque, j'ai retrouvé également ce même microbe, toujours avec les mêmes caractères et produisant toujours les mêmes effets.

Les diastases, sécrétées par ces divers microbes, sont également similaires de celles sécrétées par les microbes trouvés dans l'urèthre pathologique, et produisent, par leur injection dans le testicule du chien, les mêmes effets.

De ces recherches, je crois donc pouvoir tirer les conclusions suivantes :

I. — Il existe dans le canal de l'homme, à l'état sain, un microbe, « *staphylocoque uréthral* », qui est capable de produire l'orchite.

II. — Ce microbe se retrouve, toujours avec les mêmes caractères de morphologie et de réaction sur les milieux nutritifs, chez l'adolescent, l'enfant, le nouveau-né.

III. — Ce microbe saprophyte présente les mêmes caractères que le microbe trouvé dans l'orchite, la prostatite blennorrhagique, voire même que le gonocoque lui-même qui est parfaitement cultivable.

IV. — Par conséquent, il y a lieu de supposer, sinon de conclure, que tous ces microbes ne sont qu'un seul et même parasite, vivant en saprophyte dans l'urèthre normal, et capable, sous l'influence de conditions encore inconnues, de donner lieu à l'inflammation blennorrhagique.

RAPPORT SUR LE MÉMOIRE DE M. ERAUD,

Par M. VERCHÈRE.

L'importante question qu'envisage le D^r Eraud, vient réveiller l'ancien antagonisme entre les phlogogénistes et les virulistes quant à la nature de la blennorrhagie. Depuis Hallier (d'Iéna), en 1872, mais surtout depuis Neisser, un microbe spécial, le gonocoque, a été considéré comme le microbe spécifique de la blennorrhagie. Il existait bien un certain nombre de dissidents et les faits sont nombreux qui viennent s'élever

contre l'importance spécifique du gonococcus; il me suffit de rappeler le fait de MM. Mauriac et Straus, dans lequel ce dernier put découvrir le gonocoque, alors que le malade ne s'était exposé à nulle contamination, séjournant à l'hôpital et avouant l'étiologie de son écoulement, la masturbation.

M. Eraud, à la suite d'un certain nombre de recherches micrographiques et bactériologiques, tend à mettre en doute cette spécificité et à prouver que le gonocoque pourrait n'être qu'un microbe saprophyte de l'urèthre normal, capable de transformisme et capable par conséquent, sous l'influence de conditions encore à déterminer, d'engendrer à la fois la suppuration uréthrale et les complications de la gonorrhée.

Ces recherches ont porté, d'une part sur les individus atteints de blennorrhagie, de prostatite, d'orchite et d'autre part sur le canal d'individus vierges de tout accident vénérien.

Je résume ces expériences :

Sur un homme atteint d'orchite pendant une blennorrhagie démontrée gonococcienne, M. Eraud recueille par la ponction du liquide pur de la vaginalite. Ensemencé dans le bouillon, ce liquide donne lieu à une culture blanchâtre. Le microbe obtenu est un diplocoque qui se groupe quelquefois en chaînettes, quelquefois en amas : c'est un staphylocoque des plus nets.

Injecté sous la peau des cobayes, il ne produit pas d'abcès, mais l'animal meurt du 15^e au 25^e jour de *septicémie* sans lésions à l'autopsie. Injectée dans le testicule d'un chien, cette culture détermine une orchite qui disparaît rapidement en 6 à 7 jours.

Je note l'absence de toute action pyogène de ce liquide, son non passage dans le sang des animaux, enfin il ne se décolore pas par la méthode de Gram.

Retrouvé dans la prostatite blennorrhagique, il présente les mêmes caractères lorsqu'on fait les mêmes recherches, de même aussi lorsqu'on le recueille dans les urines chargées de mucus que l'on observe chez les blennorrhagiques.

M. Eraud affirme avoir pu obtenir des cultures pures de gonocoque, et il a constaté qu'elles étaient constituées comme dans les cas précédents par des diplocoques d'une ressemblance parfaite avec le gonocoque lui-même. Injectées sous la peau des cobayes ces cultures ne produisent pas de pus, et les animaux meurent par septicémie; injectées dans le testicule, elles produisent l'orchite. Enfin, le diplocoque se décolore complètement par la méthode de Gram.

« Il y a lieu de penser, dit M. Eraud, que c'est le gonocoque qui est ici obtenu, tout en formulant certaines réserves, puisque je n'ai pu obtenir, par l'inoculation des cultures, la reproduction expérimentale de la blennorrhagie chez les animaux. »

Les recherches faites sur le canal à l'état sain, ont été faites sur l'u-

rèthre du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent vierge de tout accident blennorrhagique ou vénérien.

Sur six nouveau-nés, le liquide uréthral ensemencé a produit des cultures dans lesquelles on retrouvait presque exclusivement un diplocoque staphylocoque de mêmes dimensions et de mêmes caractères que le gonocoque lui-même. Inoculé à des cobayes, il amène la mort par septicémie sans lésion appréciable à l'autopsie et sans suppuration. Injecté dans le testicule du chien, il produit l'orchite. Ce microbe est dénommé par M. Eraud « staphylocoque uréthral ».

Chez les enfants de 7 à 11 ans, on retrouve le même « staphylocoque uréthral », mais alors associé à des bacilles et cocci divers, et donnant les mêmes réactions, possédant les mêmes propriétés à l'inoculation.

Chez l'adolescent, mêmes résultats.

Les diastases sécrétées par ces divers microbes, sont également similaires de celles sécrétées par les microbes trouvés dans l'urèthre pathologique et donnent, par leur injection dans le testicule du chien, les mêmes effets.

S'il m'est permis d'ajouter quelques mots personnels au sujet du travail très remarquable de M. Eraud, un premier fait doit être tout d'abord mis en avant : le diplocoque que l'on trouve normalement présente-t-il tous les caractères du gonocoque, ou n'en présente-t-il que quelques-uns ? Si l'on relit un travail très complet de Welander, publié dans le *Bulletin médical*, le 2 janvier 1889, on voit combien il est difficile de différencier le gonocoque de Neisser des autres microbes, diplocoques existant pathologiquement ou normalement dans l'urèthre. Le seul critérium que donne cet auteur est la propriété qu'ont les gonocoques de ne pouvoir être colorés par la méthode de Gram. Chaque fois que des microbes se sont colorés par cette méthode ce n'étaient pas des gonococchi. Or, les microbes décrits et cultivés par M. Eraud, se décolorent incomplètement. « Jamais, dit Welander, je n'ai pu découvrir dans la sécrétion vaginale, ni dans la sécrétion du col de l'utérus des cocci e des bâtonnets qu'il fût impossible de colorer à l'instar des gonococchi. » Cette erreur a déjà été commise par Bockardt, qui en avait conclu que les gonocoques pénétraient dans le tissu uréthral et dans les vaisseaux sanguins pour passer dans tout l'organisme.

Une autre objection s'impose, qui vient encore à l'appui de cette hypothèse que les cultures de « staphylocoque uréthral » n'étaient pas des cultures de gonocoque, je veux parler de l'impuissance de cette culture à reproduire la blennorrhagie expérimentale chez les animaux, tandis qu'elle détermine la mort des cobayes par septicémie.

Ne serait-il pas plutôt admissible que, dans ces cas expérimentaux, on a affaire à deux micro-organismes distincts, l'un blennorrhagique, le gonocoque, l'autre infectieux, le « staphylocoque uréthral » que l'on

retrouve aussi bien dans l'urèthre normal que dans l'urèthre pathologique? On aurait affaire là à une de ces infections mixtes telles que Brummles a décrites à la suite de la blennorrhagie chez la femme (Congrès des nat. et méd. allemands, Wiesbaden, 1887) pour expliquer les cas d'abcès des glandes de Bartholin consécutifs à la blennorrhagie et les abcès des parois de l'urèthre.

Il ne faut pas oublier, en effet, que l'urèthre est une cavité naturelle, ouverte ou seulement entr'ouverte à l'extérieur dont les parois constamment lubrifiées par le liquide sécrété par les nombreuses glandes qui viennent s'y ouvrir, forment un merveilleux milieu de culture pour tous les ensemencements venus de l'extérieur. C'est une cavité, je le répète, analogue à toute cavité naturelle, semblable anatomo-physiologiquement à la cavité buccale, à la cavité vaginale; or, on sait combien sont nombreux et divers les micro-organismes à l'état normal dans la cavité buccale et dans la cavité vaginale: aucun inconvénient n'en résulte jusqu'au jour où, sous l'influence d'une modification étrangère de la paroi ou des sécrétions, ces micro-organismes deviennent la cause d'un danger parfois mortel; je n'en veux pour exemple que le pneumocoque buccal.

Rien d'étonnant dès lors à ce que le pus blennorrhagique, lui aussi, puisse contenir des micro-organismes de diverses natures, qui, sous certaines influences, ajoutent leur action à celle du gonocoque.

Et cette distinction entre deux des éléments du pus blennorrhagique ici en question viendrait, me semble-t-il, éclairer d'un jour nouveau, mais différent de celui que veut faire briller M. Eraud, la grave question de la dualité blennorrhagique. Des faits cliniques indéniables ont pu, par leurs symptômes, par leur évolution, et surtout par leur origine, faire admettre sans qu'il soit besoin de démonstration anatomique, une blennorrhagie inflammatoire simple et une blennorrhagie manifestement virulente, l'une résultant d'un mécanisme spécial, l'autre d'une contagion avérée et dans nombre de cas prouvée, l'une pouvant se contracter sans avoir eu de relations avec une femme atteinte d'une lésion semblable, l'autre au contraire exigeant une blennorrhagie contaminante pour se produire. A ces observations, dont tous nous possédons un grand nombre qui nous permettent à priori d'établir une distinction nette, viendrait se joindre ainsi une démonstration expérimentale. Le « staphylocoque uréthral » de M. Eraud, existant à l'état normal, en petite quantité et isolé chez le nouveau-né, alors que celui-ci a été pendant peu de temps exposé à l'inoculation ambiante, serait l'élément de la blennorrhagie franche; le gonocoque, analogue comme forme, comme caractère même, comme réactions, serait l'élément nécessaire et pathognomonique de la blennorrhagie virulente. Ceci n'est rien encore qu'une hypothèse, mais elle nous semble plus naturellement ressortir des expériences mêmes de M. Eraud, que les conclusions qu'il en a tirées. Et qu'il me soit permis de rappeler en terminant les faits de Bryson et Burnett venant à

l'appui de cette hypothèse (4^e congrès des médecins et chirurgiens américains, Washington, 1888). Pour ces auteurs, le gonocoque de Neisser est le facteur étiologique essentiel des blennorrhagies contagieuses. Toutes les fois que la maladie n'était pas gonococcique, ils ont laissé leurs malades libres de se marier et les femmes de ces blennorrhagiques sont restées saines ; il n'en pas été de même pour les malades atteints de blennorrhagie avec gonocoques spécifiques, qui se sont mariés malgré l'avis du médecin traitant : toujours, dans ce dernier cas, les femmes ont été contaminées.

En somme, retenant les résultats extrêmement intéressants des expériences de M. Eraud, j'en tirerais des conclusions un peu différentes :

1^o Dans le canal de l'homme, il existe, comme dans toutes cavités naturelles, des microbes divers dont l'un, constant, le « staphylocoque uréthral », se retrouve aussi bien à l'état pathologique qu'à l'état normal.

2^o Ce microbe se retrouve toujours avec les mêmes caractères morphologiques et de réaction sur les milieux nutritifs, chez l'adolescent, l'enfant, le nouveau-né, à l'état normal comme à l'état pathologique (orchite, prostatite blennorrhagique) ; la nature de ces caractères le rapproche du gonocoque, qui en diffère par ce fait qu'il ne se colore pas par la méthode de Gram.

3^o Par conséquent, il y a lieu de supposer, sinon de conclure que certains microbes vivant en saprophytes dans l'urèthre normal sont capables, sous l'influence de conditions particulières, de donner lieu à une inflammation blennorrhagique sans gonocoques, différente par ses caractères cliniques, par son évolution, de la blennorrhagie virulente inoculable et contagieuse, à gonocoques. Cette dernière est dans la plupart des cas une infection mixte, staphylococcique et gonococcique.

M. GAUCHER. — M. Verchère a assimilé l'urèthre à une cavité ouverte comme la bouche : or il n'en est rien, les parois restant accolées sauf pendant le passage de l'urine qui ne vient que d'arrière en avant et qui ne peut pas déposer de microbes dans le canal, à moins qu'on en ait introduit avec une sonde sale.

M. HUMBERT. — Je suis très étonné d'apprendre que nous possédons à l'état normal, des gonocoques dans l'urèthre, ou plutôt des staphylocoques qui deviennent virulents dans certaines conditions ; pour moi, ces conditions sont bien simples et il suffit, pour contracter la chaude-pisse, de coucher avec une femme qui l'a. Quelle que soit la théorie, l'origine n'en est pas moins la contamination et je ne vois pas la nécessité d'admettre la présence permanente dans l'urèthre d'un microbe qui pourrait tout aussi bien produire spontanément l'orchite ou le rhumatisme blennorrhagique, ce qui n'existe jamais.

M. A. FOURNIER. — A en croire M. Eraud, nous avons tous dans le

canal de l'urèthre, à notre naissance, des gonocoques qui peuvent produire la blennorrhagie : c'est notre cadeau de bienvenue en ce monde. Nous ferons mieux, je crois, de revenir de suite sur le terrain clinique. Le gonocoque est-il, oui ou non, nécessaire à la production de la blennorrhagie ? ou, en d'autres termes, peut-on contracter la chaudepisse avec une femme absolument saine ? Attachons-nous à résoudre cette question, et, pour cela, ayons recours à la clinique qui sera pour nous d'un bien plus puissant secours que toutes les données encore si incertaines et si obscures de la microbiologie. Le meilleur moyen, à mon avis, pour trancher la question, est de recourir sur une large échelle à la méthode des confrontations qui donne déjà des résultats si précis et si précieux pour le diagnostic dans certains cas de chancres à caractères douteux.

DU TRAITEMENT DES ÉPITHÉLIOMAS DE LA FACE, D'ORIGINE SÉBACÉE,
PAR LES APPLICATIONS LOCALES D'ACIDE ACÉTIQUE,

Par M. X. ARNOZAN (de Bordeaux).

L'emploi de l'acide acétique dans le traitement des cancroïdes de la peau n'est pas une nouveauté ; mais les indications, les effets, le dosage, le mode d'application de cet agent n'ont pas été étudiés d'une façon suffisamment précise.

En 1866, Broadbent lisait à la Société pathologique de Londres un travail sur les injections d'acide acétique concentré dans les tumeurs cancéreuses, et Moore et Power ne tardaient pas à publier des exemples remarquables de guérisons obtenues par ce procédé. Le savant médecin anglais avait été guidé dans son innovation thérapeutique par une idée toute théorique : l'acide acétique dissout et détruit rapidement les cellules cancéreuses dans le champ du microscope ; ne peut-il pas les détruire également sur le vivant ? L'événement sembla donner raison à l'auteur de cette ingénieuse hypothèse.

Au même moment, Guéniot, sans connaître les essais de Broadbent, Moore et Power, employait l'acide acétique dans le traitement de deux épithéliomas de l'avant-bras. L'action histo-chimique de l'acide acétique ne lui avait pas échappé ; mais il s'était surtout inspiré d'un fait clinique et thérapeutique bien connu : la destruction rapide et complète des productions épidermiques pathologiques (cors, durillons, végétations) par les applications de cet acide. Il s'en servait en applications topiques, soit qu'il étalât l'acide pur et concentré sur la tumeur à l'aide d'un pinceau, soit qu'il associât au tan, au safran et au lycopode pour constituer une pâte caustique. Ses premières tentatives furent encourageantes ; il les fit connaître dans la *Gazette des hôpitaux* (1867).

Ces deux publications semblent avoir mis l'acide acétique à la mode : nous voyons les recherches se multiplier dans les hôpitaux de Paris, en particulier dans les services de Richet, de Maisonneuve, de Laugier, de Tillaux. Les succès sont mêlés de revers, et les résultats définitifs restent incertains, si bien qu'il ne sort de ces études aucun travail d'ensemble. Tout se borne à quelques notes cliniques insérées dans le bulletin des journaux de médecine. La plus importante est celle de M. le Dr Dieu, aide-major aux Invalides (*Gaz. des hôpit.*, 1867), qui porte sur cinq observations, toutes suivies de succès. Puis le silence semble se faire sur cette question. Elle n'est plus traitée ni dans les Sociétés, ni dans les journaux, sauf à de rares intervalles (Luton, Duploux). Encore s'agit-il plutôt des injections interstitielles que des applications topiques. Aussi, quand en 1887, M. Monique, élève de M. Lailler, soutient sa Thèse sur les usages de l'acide acétique (acide pyroligneux rectifié) en dermatologie, il signale à titre de documents historiques les faits que nous venons de rappeler, il étudie pratiquement l'effet de l'acide acétique sur la teigne tondante et quelques autres dermatoses, mais ne cite aucun fait personnel d'applications d'acide acétique sur les épithéliomas de la peau.

Cependant l'usage de ce topique était resté dans la pratique de plusieurs médecins. En 1881, M. le professeur Vergely montrait à la Société de médecine de Bordeaux une vieille femme de 82 ans, chez laquelle il avait obtenu la cicatrisation de la moitié d'un vaste épithélioma superficiel du nez par l'emploi de compresses imbibées d'une solution à 1/2 d'acide acétique. Ce fait fut l'occasion d'une discussion courte, mais intéressante. Il me frappa vivement et m'inspira l'idée d'étudier de près l'action de ce caustique. Je recueillis quelques observations dans ma clientèle privée, quelques autres à la consultation dermatologique de l'hôpital Saint-André.

Un de mes élèves, M. Rougier, en a pris d'autres enfin à l'Hospice des vieillards et en a fait le sujet de sa thèse inaugurale, travail assez riche en documents, mais d'une exécution un peu hâtive. C'est à ces diverses sources que j'ai pris les faits que je demande la permission de vous soumettre aujourd'hui. Ils sont tous relatifs à des applications topiques d'acide acétique sur des épithéliomas de la face ou sur des plaques d'acné sébacée partielle, qui, on le sait, peuvent être une lésion préparatoire de l'épithélioma.

OBSERVATION I. — M^{me} de G..., âgée d'environ 60 ans, est depuis longtemps dyspeptique et a souvent constaté que son nez a une surface onctueuse, comme huileuse.

Il y a trois ans, elle remarqua sur la partie moyenne du nez, presque sur la ligne médiane, un petit bouton à peine saillant, recouvert d'une pellicule blanchâtre. Elle enleva aussitôt celle-ci et mit ainsi à nu une surface rose, légèrement humide, un peu saignante. Cette manœuvre fut répétée bien des fois : le

mal ne fit que s'aggraver. Quand la malade vint me consulter pour la première fois (1889) l'état était le suivant : A la place du bouton initial est une ulcération large comme une pièce de 20 centimes, assez fortement excavée, peu suintante, dont les bords sont un peu saillants, assez durs, mais ne forment pas cependant d'ourlet caractéristique. Cette ulcération est recouverte par une croûte blanc jaunâtre, grasse et molle, à la formation de laquelle contribue pour une bonne part la poudre de riz que la malade applique en abondance sur son visage. Autour de la lésion principale, nombreux orifices sébacés dilatés d'où émergent de gros cylindres graisseux. Blépharite ciliaire ancienne. État général bon, sauf la dyspepsie signalée.

Prescription : deux applications quotidiennes d'acide acétique pur ; défense absolue d'arracher la croûte avec les ongles.

La malade, n'ayant pu rompre avec cette mauvaise habitude, ne fait d'abord son traitement que très irrégulièrement. Cependant, inquiète des progrès du mal et préoccupée d'un coup d'ongle involontaire et assez violent qu'elle a reçu à ce niveau, elle revient me consulter (24 mars 1890). L'ulcération est un peu plus grande qu'en 1889, mais a conservé les mêmes caractères. Même prescription.

4 avril 1890. Le traitement a été suivi fidèlement ; la croûte n'a point été arrachée une seule fois. Sous l'influence des attouchements d'acide acétique, il s'est formé une croûte large, blanc jaunâtre, grasse, dont les bords se détachent déjà naturellement. Je la fais tomber sans difficulté. Au-dessous, l'ulcération est réduite à la surface d'une lentille ; elle est moins profonde et entourée d'une cicatrice blanche et ferme dans toute la moitié gauche. On continuera les applications d'acide sur la partie encore ulcérée.

OBSERVATION II. — M^{me} M..., 55 ans, vient le 26 octobre 1889 à la consultation de l'hôpital Saint-André.

Quoiqu'elle ait joui en général d'une bonne santé, elle a eu fréquemment des troubles dyspeptiques : sa face se congestionne fortement après les repas. En outre M^{me} M... est nerveuse, impulsive : il lui arrive de laisser brusquement ses occupations pour faire sans motif de longues courses. Il y a quatre ans, elle a présenté au-devant de la poitrine, derrière les oreilles et sur les épaules, des lésions cutanées, qu'il faut peut-être rapporter à de l'eczéma séborrhéique. Il y a deux ans, elle a souffert d'une constipation prolongée.

Elle vient actuellement pour se faire traiter d'une affection cutanée siégeant à la joue gauche. Au début, il y a huit ans, ce n'était qu'un petit bouton ; mais elle l'a tourmenté par les excoriations, les irritations, les traitements les plus variés, de telle façon que la lésion a acquis une certaine importance. Elle se présente sous forme d'une plaque à peu près large comme une pièce de 1 franc, rouge et devenant plus rouge encore sous la moindre influence (froid ou chaud, émotion, repas). Elle est incomplètement couverte de croûtes grasses et sèches, noirâtres, fragmentées, assez minces et comme enchâssées dans l'épiderme dont on ne les détache qu'avec difficulté. La surface de cette plaque est sillonnée par des traînées cicatricielles, traces des traitements antérieurs. Elle ne repose sur aucun épaississement de la peau. Elle est entourée de quelques varicosités veineuses.

Le nez est légèrement rouge et variqueux. Les glandes sébacées du nez et

des joues, de la lèvre supérieure (où le duvet est assez prononcé) et du menton sont fortement dilatées ; elles le sont surtout au voisinage de la plaque malade. La figure est dans son ensemble grasse et luisante ; la malade affirme que cet état lui est habituel depuis de longues années.

Pas de douleurs. Pas d'engorgement ganglionnaire.

Traitement : deux applications par jour, à l'aide d'un petit pinceau, d'acide dilué (1/3). En outre, la malade prendra deux fois par semaine, le matin, à jeun, une infusion de 6 gr. de follicules de séné.

28 octobre. Pas de modification appréciable. On prescrit l'acide acétique pur (il semble que la solution employée jusqu'à ce moment n'ait contenu que bien peu d'acide acétique vrai).

4 novembre. Le traitement a été régulièrement suivi. Chaque application d'acide détermine une douleur et une rougeur assez vives pendant quelques minutes. Actuellement la plaque malade est rouge, couverte dans toute sa partie centrale d'une croûte jaune, un peu grosse, déjà décollée sur les bords. On l'enlève sans difficulté : on trouve au-dessous d'elle une surface rosée, érodée sur certains points, cicatrisée et couverte d'une mince pellicule épidermique sur d'autres, et parsemée d'orifices glandulaires dilatés. L'amélioration est en somme considérable.

Mars 1890. Le traitement par l'acide acétique a été deux fois repris et interrompu. Toutes les fois qu'il a déterminé la formation d'une croûte jaune un peu épaisse, on l'a suspendu. Quand celle-ci est tombée et que la rougeur provoquée par les applications caustiques s'est en partie effacée, on l'a recommencé. Actuellement la guérison peut être considérée comme complète. Il n'y a plus ni une croûte, ni une érosion. La surface malade n'est plus représentée que par une très légère dépression, au niveau de laquelle la peau semble amincie, mais a conservé sa structure normale et sa souplesse, et qu'entourent encore quelques varicosités peu nombreuses. Les orifices sébacés restent dilatés, mais semblent ne verser aucun produit irritant. La rougeur enfin est pâlie ; et si lorsque la malade est troublée ou inquiète ou fatiguée on voit l'ancienne lésion marquer encore sa place par une rougeur plus vive, à l'état de repos on ne reconnaît pas de coloration plus intense sur les points qu'elle occupait que sur les parties environnantes.

Tout traitement local est supprimé. On prescrit seulement l'usage fréquent des purgatifs légers, en raison de la constipation habituelle et du trouble général de la sécrétion sébacée.

OBSERVATION III. — M^{me} X..., âgée de plus de 50 ans, a souffert toute sa vie de gastralgie et depuis deux mois de palpitations cardiaques.

Quand elle vient me consulter (18 juin 1886), elle porte depuis cinq ou six mois, à la racine du nez, du côté droit, près de l'angle de l'œil, une petite érosion qu'un pharmacien a cautérisée à plusieurs reprises au nitrate d'argent. Chaque cautérisation était suivie d'une amélioration passagère, puis d'une reprise du mal. Depuis trois mois environ, aucun traitement.

Actuellement, la surface malade est recouverte de croûtes épaisses. Elle est grande comme une pièce de 20 centimes, mais les croûtes empêchent de distinguer la forme et la consistance des bords. Tout autour, sur le front et sur le nez, orifices sébacés dilatés ; les comédons sont larges, saillants, et à

la loupe semblent hérissier de petits obstacles la surface de la peau. Prurit très violent.

Je conseille une pommade avec vaseline 20 et acide salicylique 1, à appliquer le soir. En outre, quatre fois par jour on touchera la surface malade avec une baguette de jonc ou de bois trempée dans de l'acide acétique étendu de deux fois son poids d'eau distillée.

M^{me} X... est revenue quelques semaines après complètement guérie. En 1888, la guérison persiste.

OBSERVATION IV. — L'abbé X..., 45 ans, est d'une assez bonne santé, mais il est dyspeptique, obligé de se priver d'aliments épicés et de boire très peu de vin. Constipation habituelle.

Il y a cinq ans, apparition d'une petite croûte grasse dans le sillon de l'aile droite du nez. Séjour infructueux à la Bourboule. A trois reprises, application de poudre de Rousselot, et, à chaque fois, cicatrisation, puis récursive. Depuis quelque temps, apparition d'une petite plaque sur le dos du nez.

29 juin 1889. L'ensemble de la peau de la face est gras et huileux, assez pour que le malade s'en plaigne. Les glandes sébacées du nez sont dilatées et pleines d'une substance analogue à de la cire ramollie.

Dans le sillon de l'aile droite du nez, petite croûte jaune et grasse, recouvrant une érosion superficielle que limitent en avant, vers le lobule, trois petits tubercules gros comme des grains de mil, couverts de tissu cicatriciel dur. La plaque du dos du nez est grande comme une pièce de 50 centimes, un peu allongée dans le sens vertical. Elle est assez rouge et porte à sa partie inférieure un lacs de petites veines variqueuses. Sur cette plaque, on aperçoit des glandes sébacées plus dilatées que sur le reste du nez, et vers le bas, le contenu de ces glandes s'étale en dehors de leurs orifices en formant une série de petites croûtes grasses un peu sèches et adhérentes. Ni douleur, ni démangeaison.

Traitement : Eau de Pougues aux repas. Grains de santé de Franck tous les deux jours. Attouchement d'acide acétique pur, matin et soir, sur les deux plaques.

8 juillet. La plaque de l'aile droite est complètement guérie ; celle du nez a considérablement diminué d'étendue.

20 septembre. Le malade une fois guéri est allé à Luchon ; il est de retour, la guérison persiste.

30 décembre. La guérison s'est maintenue.

OBSERVATION V. — M^{me} L..., 50 ans, a été soignée antérieurement pour une ulcération de la face, par un médecin qui a diagnostiqué un épithélioma et l'a guéri par des applications d'acide acétique.

Une lésion semblable à la première se montre à la partie moyenne du côté droit du nez et cède à son tour à des applications d'acide acétique, d'acide salicylique et de chlorate de potasse. Cette guérison se maintient cinq mois, mais la cicatrice se couvre d'une croûte, puis s'excorie, il y a récursive.

18 juin 1886. M^{me} L... vient me montrer cette lésion ; au centre d'une cicatrice moins grande qu'une pièce de 20 centimes, de couleur rosée, est une mince croûte jaune, adhérente ; et au-dessous deux petites excoriations très

superficielles. Tout autour, le nez huileux, les comédons larges et saillants. Sur le côté gauche de la racine du nez, une petite tache pigmentaire, plate et lisse ; sur le côté droit du front, une petite tumeur grosse comme un pois (en voie d'affaissement, dit-elle), simple, indolore, et qui semble constituée par une sorte d'acné hypertrophique, car on y aperçoit plusieurs orifices sébacés larges et des comédons noirs.

Traitement : Dans la matinée, vaseline salicylique, 1/30. Dans l'après-midi, 8 attouchements d'acide acétique dilué à 1/3.

23 juin. Une croûte molle, jaune, surélevée au-dessus de la peau, occupe la place de la cicatrice ; elle se casse en deux et se détache par un simple attouchement, laissant à nu une ulcération assez profonde, rose, de bon aspect, à fond inégal, à bords mous, à peine saillants, mais très dessinés en un petit ourlet, à contours un peu déchiquetés ; pas de suintement sanguin. Pas de douleur. Pas de ganglions parotidiens reconnaissables ; peut-être un petit ganglion sous-maxillaire droit. Je remarque en outre certains détails qui avaient échappé à mon premier examen : les glandes sébacées, sont plus dilatées à droite de la face qu'à gauche ; sur le nez, les comédons sont traversés par des bouquets de deux ou trois poils noirs, quelquefois par un seul. La santé générale est très bonne. Même traitement.

Quelques jours après, il n'existe plus de croûtes, mais une perte de substance assez profonde pour y loger un pois, rose et de bon aspect.

Suspension de l'acide acétique. Application d'une solution concentrée de chlorate de potasse.

30 juin. M^{me} L... a semblé guérie très peu après la dernière visite ; aujourd'hui elle craint une nouvelle rechute. Le nez a toujours le même aspect, peut-être cependant les glandes sébacées sont-elles un peu moins dilatées à la racine. Au niveau de l'ancienne ulcération, existe une pellicule grasse, grise, qu'un très léger frottement enlève en fragments. Au-dessous, surface rose, de bon aspect au centre de laquelle une petite dépression, grosse comme une tête d'épingle, donne du pus. A la même hauteur, sur le dos du nez, petite squame semblable, grosse comme un grain de mil, également facile à détacher et découvrant alors un orifice glandulaire manifestement dilaté. Pas de ganglion. Bon état général.

Traitement. Trois applications de chlorate de potasse chaque jour.

7 juillet. Large croûte jaune, humide ou plutôt grasse, facile à enlever par une légère friction. Au-dessous, ulcération profonde, capable de loger un pois, à bords taillés à pic, sans décollement, à fond inégal, sans suintement sanguin. Les bords sont un peu surélevés au-dessus de la peau saine, vers laquelle ils s'inclinent légèrement ; ils sont revêtus de couches épaisses d'épiderme blanc macéré. Indolence complète.

Traitement : Pommade à l'acide salicylique, la nuit ; le jour, quatre applications de la solution de chlorate de potasse.

15 juillet. Guérison. Une mince cuticule revêt toute la surface de l'ancienne ulcération.

OBSERVATION VI. — G..., âgée de 81 ans, est entrée à l'hospice de Pellegrin pour une déformation de l'index gauche consécutive à un panaris.

Pas de maladie antérieure. Excellent état général, sauf l'affaiblissement

de l'intelligence et un peu d'anémie. Depuis nombre d'années, des croûtes séniles se sont développées sur la face.

Actuellement, au-dessus de la tête du sourcil droit, on voit une croûte noire de la largeur d'un pois, sèche, squameuse, s'arrachant facilement et montrant à sa face profonde des prolongements filiformes, blanchâtres, qui s'enfoncent dans des dépressions correspondantes de la peau. Sur la pommette droite, deuxième croûte analogue, large comme une pièce de 1 franc. Au-dessous de l'angle interne de l'œil gauche, troisième plaque grise, reposant sur une base rouge, infiltrée, un peu enflammée.

Des croûtelles ombiliquées noires, sèches, très adhérentes, sont disséminées sur tout le corps. Elles sont manifestement enchâssées dans des orifices glandulaires.

12 octobre 1889. On fait sauter les croûtes, et, sur leur base d'implantation, on applique avec une baguette en bois de l'acide acétique concentré, deux fois par jour. Douleur très modérée après l'application et durant quelques instants. Erythème autour de chaque croûte.

24 octobre. Le traitement a été régulièrement appliqué. La malade est complètement guérie, avec une cicatrice à peine apparente sur la plaque située au-dessous de l'angle interne de l'œil gauche.

OBSERVATION VII. — M^{me} P..., 80 ans, actuellement bien portante :

1^o Il y a trente à quarante ans, elle s'aperçut qu'un petit bouton s'était développé au niveau de l'aile gauche du nez. Ce bouton s'agrandissait peu à peu, et était recouvert de croûtes grisâtres qui tombaient facilement et se reproduisaient dans un court espace de temps. Pas de douleur. Pas de démangeaison.

Actuellement, sur l'aile gauche du nez, existe une ulcération arrondie, ayant 12 millimètres de diamètre, recouverte de croûtes qui tombent facilement, quand, par exemple, le malade veut se moucher; alors elle saigne. Elle repose sur une base mobile; mais le fond est dur; les bords sont taillés à pic et surmontés d'un ourlet très dur. Pas de ganglions;

2^o Sur le côté droit du nez, près de l'aile, existe une petite saillie papillomateuse, grosse comme une lentille, couverte d'une croûte sèche, adhérente, et qu'on peut enlever sans déterminer un écoulement de sang. Elle dure depuis vingt ans;

3^o Sur le haut de la joue droite, presque au niveau du rebord orbitaire, on aperçoit trois petites ulcérations, les deux plus internes presque accolées, l'externe séparée des autres par un intervalle d'un centimètre et demi. Cette dernière est recouverte d'une croûte sèche, noire, saillante; les deux autres sont, au contraire, revêtues de croûtes plus humides, et sur leur bord supérieur s'allonge un petit bourrelet très mince et assez dur.

L'ensemble de la peau du visage est atrophie, ridé, pigmenté. Les follicules sébacés ne sont pas dilatés: mais, en regardant soigneusement à la loupe, on trouve çà et là sur le nez de très minces croûtes sèches, déprimées à leur centre, qui s'enfoncent manifestement dans les orifices sébacés. Les follicules ainsi altérés sont peu nombreux, et il n'y en a pas plus autour des ulcérations qu'ailleurs.

Sur le dos de la main existent quelques croûtes ombiliquées semblables.

qu'on détache avec difficulté et qui laissent à leur place une surface légèrement creusée en entonnoir. En d'autres points, petites saillies papillomateuses et squameuses.

12 octobre 1889. Application deux fois par jour d'acide acétique concentré à 1/3 sur les ulcérations. Douleur presque nulle à l'application.

Le 20. Il s'est formé des croûtes jaunâtres, dépassant les limites des ulcérations. Celle de l'aile gauche du nez semble avoir diminué. Les trois ulcérations de la joue droite présentent une amélioration notable, surtout la plus élevée; celle-ci, en effet, est presque complètement guérie.

Le 24. L'ulcération de l'aile gauche du nez n'a plus que 10 millimètres de diamètre. Le fond est grisâtre, régulièrement parsemé de bourgeons cicatriciels. Du côté du sillon naso-génien, les bords sont affaissés et se continuent insensiblement avec les tissus sains, tandis que, du côté du dos du nez, l'ourlet est encore très net, mais moins cependant qu'au début. — Sur la pommette droite l'ulcération la plus élevée est guérie, laissant une cicatrice à peine apparente; les deux autres, qui se touchaient presque, n'en forment plus qu'une qui a un très bon aspect.

13 novembre. Le diamètre de la plaie de l'aile gauche du nez a huit millimètres. L'ourlet a disparu presque entièrement. Base souple et mobile. Sur la pommette droite, une croûte jaunâtre recouvre l'ulcération; en la pressant, on fait sourdre du pus; l'ourlet persiste encore en un point.

10 décembre. Quand nous revenons voir la malade, elle nous dit qu'elle est guérie depuis une dizaine de jours environ. Le traitement a été régulièrement suivi, et la guérison est en effet complète: on voit notamment sur l'aile du nez, à la place de l'ulcération, une cicatrice blanchâtre, se continuant insensiblement avec les tissus voisins.

OBSERVATION VIII. — D..., 80 ans. Entré le 9 février 1884 à l'hospice Pellegriin.

1° Il y a 25 ans environ, il vit apparaître, au niveau de la pommette droite, une petite croûte grisâtre, qui n'occasionnait aucune démangeaison. Elle tombait facilement et se reproduisait de même, mais en s'agrandissant d'une façon progressive. Jamais il n'y a eu de douleurs.

Aujourd'hui, on voit une large ulcération recouverte de croûtes grisâtres, fendillées, multiples, et qui sont soulevées par un pus sanieux. Le fond de l'ulcération est grisâtre, inégal; les bords sont déchiquetés, taillés à pic et surmontés d'un ourlet périphérique très dur. La forme de l'ulcération est cylindro-conique; la base dirigée en haut et en arrière égale 1 centimètre 1/2; le sommet qui a une forme arrondie assez régulière se trouve à 2 centimètres de l'aile du nez et à 3 centimètres de la commissure labiale. La longueur totale est de 3 centimètres. Pas de douleurs. Pas de ganglions.

2° Sur le côté droit du nez, à un centimètre de l'angle interne de l'œil, croûte noirâtre, assez épaisse, grosse comme un pois, s'enlevant très difficilement et occasionnant un léger écoulement sanguin.

3° Sur l'aile gauche du nez, croûtes grisâtres depuis 7 ans. Elles s'enlèvent facilement, présentant une face profonde hérissée de prolongements filiformes et laissant à nu un épiderme qui présente des orifices glandulaires très dilatés.

4° Sur le dos du nez, près du lobule, croûte épaisse, grisâtre, ayant la forme d'un grain d'avoine et possédant les mêmes caractères que les précédentes.

12 octobre 1889. A partir d'aujourd'hui, applications deux fois par jour d'acide acétique concentré sur l'ulcération de la joue droite.

Le 20. Les applications d'acide déterminent une douleur assez vive, durant plusieurs heures. Elles sont suivies de la formation d'une croûte jaunâtre tombant facilement et dépassant les limites du mal. La plaie présente de nombreux bourgeons cicatriciels; elle sécrète moins de pus; l'ourlet a disparu.

Le 24. L'ulcération diminue d'étendue.

13 novembre. D... est mort la veille d'une maladie intercurrente. Sur le cadavre, on enlève les croûtes jaunâtres qui recouvrent l'ulcère. Les deux tiers inférieurs de celui-ci sont complètement guéris, recouverts d'une légère cicatrice blanchâtre. Au toucher comme à la vue, il est impossible de trouver une différence de niveau entre la cicatrice et la peau saine voisine. Dans le tiers supérieur, la réparation n'est pas terminée, mais à ce niveau la plaie a un fond régulier, un peu déprimé; l'ourlet n'existe plus et les téguments sont libres sur les tissus sous-jacents.

De la lecture des huit observations qui précèdent, un fait se dégage à première vue, c'est l'efficacité de l'acide acétique appliqué sur les ulcérations de nos malades. Pour bien juger cette action, il est nécessaire d'établir d'une façon précise le diagnostic des lésions ainsi traitées. A ce point de vue, il faut distinguer entre les six premières et les deux dernières de nos observations. Dans celles-là, en effet, l'âge avancé des malades, la longue durée des lésions cutanées (20 ans dans une observation), l'induration des bords et surtout leur conformation en ourlet légèrement saillant, la sécrétion sanieuse rapidement coagulée en croûtes jaunes ou noires, dans quelques cas enfin la facilité avec laquelle on détermine à leur surface un petit suintement sanguin ne peuvent laisser aucun doute: il s'agit bien d'épithélioma. Mais le nom d'épithélioma est une simple expression anatomo-pathologique, qui recouvre d'une étiquette commune bien des altérations différentes au point de vue de l'origine, de la pathogénie et de la marche. Qui voudrait, en effet, voir une même maladie dans ces cancroïdes si rapidement malins de la lèvre inférieure, dans ces productions cornées qui germent au milieu du xeroderma pigmentosum, dans ces destructions progressives et interminables de la face que les Anglais appellent *ulcus rodens*? Les unes et les autres portent cependant le même nom d'épithélioma. Aussi ne faut-il pas s'y arrêter et importe-t-il de chercher, dans ce genre trop vaste de l'épithélioma, quelle est la variété à laquelle il faut rattacher nos cas.

Les altérations concomitantes du système sébacé vont nous éclairer dans cette recherche. Que voyons-nous en effet chez nos malades? L'un a les glandes sébacées du nez fortement dilatées; chez un autre, de gros co-

médons saillants semblent prêts à s'échapper du follicule qui les renferme ; ce vieillard présente sur divers orifices glandulaires des cavités ombiliquées qui encadrent les follicules malades ; un dernier présente à la face profonde de la croûte qui recouvre son ulcération des prolongements fili-formes qui s'enfoncent dans les conduits sébacés ; tous enfin portent leurs ulcérations dans les points où les glandes sébacées sont le plus abondantes et le plus souvent malades : le nez, les pommettes, la région intersourcilière. Toutes ces raisons nous permettent d'affirmer que nos malades étaient atteints d'épithéliomas d'origine sébacée. Cette lésion du reste est assez bien connue, après les travaux de Vidal, de Besnier, de A. Broca, de Darier, pour que nous n'ayons pas à discuter longuement sur ce point.

Quant aux malades des observations VII et VIII, leur cas est un peu différent. Dans l'un, il s'agit d'un homme assez jeune qui porte sur l'aile du nez une lésion déjà cautérisée plusieurs fois et devenue nettement épithéliomateuse, mais qui porte sur le dos du nez une lésion d'un autre aspect. Cette rougeur, ces varicosités, ces croûtes enfoncées dans les orifices glandulaires se détachant et se reproduisant avec facilité, le tout formant une plaque assez nettement limitée, n'est-ce pas là ce que Cazenave a le premier appelé *acné sébacée partielle* ? Sauf quelques nuances, le malade de l'observation VIII reproduit le même tableau. Ajoutons que chez ces deux sujets, l'ensemble du système sébacé est malade : sécrétion grasse et huileuse sur la figure, orifices glandulaires dilatés ; ajoutons que tous deux sont dyspeptiques gastralgiques, constipés, et nous reconnaitrons que les considérations si judicieuses développées par notre ami Barthélemy au sujet de l'étiologie de l'acné pustuleuse peuvent trouver une application des plus heureuses à l'étiologie de l'acné sébacée partielle.

Je ne pense pas qu'on trouve hors de propos cette juxtaposition de deux cas d'acné sébacée à six observations d'épithélioma sébacé. Malgré la grande autorité de M. Hardy, on admet généralement, surtout depuis la thèse d'Andouard (1878), que la seconde lésion n'est souvent que le développement, l'aggravation de la première. Ne voit-on pas d'ailleurs dans l'observation VII les deux lésions coexister chez le même sujet et, même dans nos six premières, ne pourrait-on pas, parmi les ulcérations multiples de nos malades, en trouver quelques-unes qui ressemblent plus à de l'acné sébacée partielle qu'à un véritable épithélioma ?

En définitive, cancroïde franchement développé ou en imminence, épithélioma sébacé bien net, ou acné sébacée partielle menaçant de se transformer en épithélioma, voilà ce que nous présentent nos malades. Voyons maintenant quelle a été l'action de l'acide acétique.

On remarquera sans doute que dans nos premières observations nous n'avons pas employé l'acide seul ; nous en avons usé concurremment ou alternativement avec le chlorate de potasse et l'acide salicylique. La méthode, nous l'avouons, n'est pas bonne. Mais nous n'osions pas, au début, priver nos malades du bénéfice d'un médicament connu tel que le

chlorate de potasse, dans le but de mieux étudier un procédé nouveau. Puis nous nous souvenions que ces épithéliomas avaient été jadis nommés *Noli me tangere*, et nous n'osions leur appliquer qu'avec la plus extrême prudence un agent aussi irritant que l'acide acétique. Plus tard, enhardi par le succès, nous l'avons appliqué seul.

Le meilleur moyen de s'en servir, c'est l'application directe. Une baguette de verre ou de bois, si l'ulcération est petite ; un pinceau, si elle est grande, sont les instruments les plus commodes. On les plonge dans l'acide et on touche ensuite avec leur extrémité le point malade, sur lequel on dépose une mince couche du liquide. Cette manœuvre est répétée, suivant les cas, tous les deux jours, tous les jours, et même plusieurs fois par jour. Elle peut être faite au début sur la surface dépouillée de ses croûtes ; mais, lorsque de nouvelles croûtes se sont reformées sous l'influence de l'acide même, il n'est pas utile de les arracher. L'acide diffuse dans leurs interstices et finit par atteindre la surface épithéliomateuse. Ce procédé nous a paru de beaucoup le plus simple. Le malade l'applique lui-même, il n'a pas à porter sur son mal une compresse ou un pansement qui le gêne. C'est certainement un des avantages de ce traitement.

L'acide que nous avons employé est l'acide acétique cristallisé : pour les premières applications, il est sage de le diluer à $1/2$ ou $1/3$. Puis, quand on a tâté la sensibilité de son malade, on peut l'employer pur :

Le premier effet de l'application est une cuisson un peu vive, mais qui a toujours été courte et très supportable, sauf dans un cas. Une légère rougeur encadre rapidement le point touché, puis s'efface au bout de quelques minutes. Les croûtes détachées au moment de la première application se reforment peu à peu ; d'abord très adhérentes, elles ne tardent pas, après une série d'applications, à se détacher par leurs bords. Cela tient à ce qu'elles s'agrandissent peu à peu et finissent par reposer sur la peau saine avec laquelle elles ne sauraient contracter d'union intime. A ce moment, nous avons l'habitude de suspendre quelques jours le traitement. La croûte ne tarde pas à tomber, et laisse à nu une ulcération qui généralement est rose, de bon aspect, bien granuleuse, et qui souvent est plus petite qu'elle n'était au début. On refait alors une série d'applications, on obtient une amélioration nouvelle, quelquefois même la guérison, si l'ulcère initial n'était pas trop étendu. Le nombre d'applications acétiques nécessaires pour obtenir ces résultats est très variable ; il est en moyenne de 10 à 15 pour chaque série.

Les cicatrices que l'on obtient sont généralement blanches, lisses, souples ; il n'y a plus trace de l'induration cancéroïdale, l'ourlet a disparu, le même niveau unit la peau saine à la cicatrice.

Quant aux récidives, nous ne savons pas encore si elles sont plus ou moins fréquentes avec ce procédé. Une de nos malades qui a été suivie pendant deux ans, n'a pas eu, dans ce délai, la moindre rechute ; une autre en a présenté une au bout de quinze jours. La question de la réci-

dive ne pourra être élucidée que par une observation à plus longue portée.

Nous croyons nos observations suffisantes pour montrer que le traitement par l'acide acétique convient aux épithéliomas sébacés et aux acnés sébacées partielles qui menacent de subir la transformation cancéroïdale. Mais nous croyons aussi que souvent, dans ce dernier cas, un traitement général destiné à améliorer la dyspepsie et les fonctions sébacées est indispensable. Nous renvoyons sur ce point au mémoire déjà cité de notre ami Barthélemy.

Une dernière question nous resterait à résoudre. L'acide acétique convient-il à tous les épithéliomas sébacés? Lorsque ceux-ci ont cessé d'être plats et superficiels, lorsqu'ils attaquent la profondeur du derme, lorsqu'ils s'accompagnent d'engorgements ganglionnaires, lorsqu'ils deviennent aussi envahissants que des cancéroïdes primitivement papillaires, est-il encore un topique utile? Nous ne le savons pas, et nous tenons à bien préciser le fait, n'ayant aucune prétention à présenter l'acide acétique comme un remède infaillible des épithéliomas de la face. Bien plus modeste est notre but. Nous voudrions seulement rappeler l'attention sur un remède qui, après avoir été accueilli avec trop d'enthousiasme, avait été trop injustement délaissé et qui peut, nous le croyons, rendre de vrais services, soit dans les épithéliomas sébacés superficiels, soit dans les acnés sébacées partielles prêtes à se transformer en cancéroïdes.

M. GAUCHER. — J'ai employé plusieurs fois le traitement par l'acide acétique dans les cas de séborrhée partielle bien limitée qui sont souvent le point de départ de ces épithéliomas; la guérison était la règle.

M. BARTHÉLEMY. — Le grattage et la cautérisation au chlorure de zinc constituent un procédé très rapide; au bout de combien de temps obtenez-vous la guérison avec l'acide acétique?

M. ARNOZAN. — En général au bout de sept ou huit jours.

M. HARDY. — La cicatrice est-elle très apparente?

M. ARNOZAN. — Elle l'est très peu.

M. HARDY. — En général, la cicatrice qui se produit à la suite de l'application d'un acide est très apparente, tandis qu'elle l'est peu avec les caustiques alcalins. A cet égard, la cautérisation ignée donne le même résultat que les acides. J'emploie, de préférence, dans ces cas, le caustique de Vienne et j'obtiens des cicatrices qui disparaissent complètement au bout de deux ou trois ans.

M. JULLIEN. — Du reste, ces petits épithéliomas se guérissent assez facilement par tous les moyens, mais il n'en est pas de même lorsqu'on a affaire à un épithélioma un peu grave.

RÉFLEXIONS SUR LE PHAGÉDÉNISME SYPHILITIQUE ET LE PHAGÉDÉNISME SEPTIQUE,

Par M. L. JULLIEN.

La question du phagédénisme, au point de vue de sa cause et de sa nature, n'a guère progressé depuis les découvertes microbiennes. Nous en sommes toujours à discuter la part réciproque de la graine et du terrain, aucun argument décisif n'a semblé surgir de l'étude des faits envisagés à la lueur des doctrines modernes.

Le document que voici est une nouvelle preuve que, dans certains cas, la constitution et la thérapeutique interne restent étrangères à l'évolution de l'ulcère, puisque, malgré son allure menaçante, le processus peut être enrayé du jour où l'antisepsie locale est rigoureusement établie. Rien de plus aisé à admettre du reste, si l'on réfléchit à toutes les conditions qui contribuent à entretenir la nécrobiose, lorsque le mal local est laissé à lui-même, et à l'incessante multiplication des organismes inférieurs qui ont pour fonction d'infiltrer et de désorganiser les tissus. Je ne fais ici nulle allusion au parasite toujours introuvable de la syphilis. Qu'il y joue son rôle, le fait n'est guère douteux; mais, à côté de lui, combien d'autres participent à son œuvre de destruction? Nous savons aujourd'hui quelle influence considérable, souvent prépondérante, il faut accorder aux microbes vulgaires de la suppuration, aux staphylocoques pyogènes, qui viennent associer leur action à celle du microbe spécifique. Gangolphe (de Lyon) a étudié l'infection mixte dans les os, d'autres l'ont démontrée au cours de la tuberculose pulmonaire et ont fait voir que la destruction, je dirais volontiers le phagédénisme du parenchyme, dépendait moins du bacille de Koch que du microbe pyogène que sa présence y appelle; mêmes constatations ont été faites à propos de la blennorrhagie et des lésions générales qu'elle entraîne, peut-être par absorption du gonocoque, mais très certainement, et le plus souvent, sous l'influence des agents ordinaires de la suppuration. Je ne crois donc pas trop m'avancer en assignant à ces organismes, que l'on retrouve toujours à la surface de ces pertes de substance, un rôle jusqu'ici trop négligé, et qui ne tendrait à rien moins qu'à faire passer nombre de ces ulcérations dans la classe des lésions septiques, infectieuses, dites *extra* ou, si l'on veut, *para* sypilitiques. Je rappellerai que mon ami le Dr Frottier a soutenu, à propos de l'onxis, une thèse analogue, appuyée sur une vingtaine d'observations tirées de la consultation de l'hôpital Trousseau, dans le service de mon maître M. le professeur Lannelongue. « Il n'y a pas d'onxis ulcéreux spécifique, disait-il en substance; il y a des onxis septiques. » Je n'oserais dire qu'il n'y ait pas de phagédénismes sypilitiques; mais je crois qu'il y a beaucoup plus encore de phagédénis-

mes septiques ou d'ulcérations syphilitiques originairement, qui deviennent phagédéniques par septicité. La clinique même ne semble-t-elle pas nous conduire à cette notion quand elle nous présente des ulcères à marche suraiguë, avec ces caractères d'affection aiguë qui sont si contraires à la torpidité reconnue du syphilome? Il est évident qu'un élément nouveau s'est ajouté, nous disions autrefois : « suractivité du processus par l'inflammation de la surface infiltrée » ; c'est bien cela, si l'on veut admettre que l'inflammation a été apportée par les organismes septiques.

Voici maintenant l'observation qui m'amène à faire ces réflexions.

Le 4 mars 1890, entrant à la prison Saint-Lazare une femme, Albertine L..., âgée de 31 ans, exerçant naguère la profession de dégarnisseuse d'allumettes, et alors employée dans une fabrique de ballons d'enfants, où, paraît-il, le phosphore est fort en usage. Le mal pour lequel elle est envoyée dans mon service est une effroyable ulcération phagédénique des lèvres et de la joue gauches, dont le début remonte à 18 mois. Il se fit par un petit bouton auquel succéda une ulcération qui grandit puis se répara au bout de 7 mois, puis reparut 4 mois après sur la cicatrice même, à la suite d'un coup, dit la malade, et prit rapidement une extension considérable.

Aujourd'hui, l'ulcération occupe toute la commissure gauche et comprend le tiers externe de la lèvre supérieure fort augmentée de volume. Au-dessus le mal atteint presque le sillon naso-génial ; au-dessous il empiète sur la face muqueuse et se termine dans la cicatrice commissurale ; la joue est envahie aussi, largement, profondément, dans l'étendue de 2 centimètres sur 4, mais cette perte de substance est séparée de celle de la lèvre par un pont cicatriciel, trace persistante de la réparation antérieure. Un troisième foyer de phagédénisme siégeant sur la lèvre inférieure, est à peu près hémisphérique et laisse intacte toute la partie muqueuse.

Le fond est uniformément tapissé par une pulpe blanchâtre molle, véritable boue formée de détritits nécrobiosés, que percent çà et là de gros bourgeons d'un rose sale ; sur la lèvre supérieure, on remarque en abondance des lambeaux de filasse attestant la destruction de parties dont la charpente fibreuse tient au fond et résiste à la façon d'un squelette. Les bords sont découpés, anfractueux, relevés encore par l'énorme œdème périphérique, œdème rouge violacé. Pas de ganglions, si ce n'est un tout petit, sous-maxillaire, à droite. Cette lésion n'est presque le siège d'aucune douleur.

En raison de tous ces caractères, le diagnostic d'ulcération tertiaire s'imposait, malgré l'insuffisance, disons mieux, l'absence des antécédents, malgré même l'inefficacité du traitement spécifique suivi plusieurs mois à la consultation de l'hôpital Saint-Louis. Mais dans le but de ménager les gencives, déjà très atteintes par le maniement du phosphore, je n'ordonnai point de mercure ; je me contentai de prescrire l'io-

dure à dose modérée sans me faire grande illusion sur son efficacité, car j'ai dans mes souvenirs bien des cas de phagédénisme tertiaire qui mirent en échec pendant plusieurs mois l'héroïsme de nos meilleurs spécifiques : je fondais surtout mes espérances sur les bons effets d'un pansement antiseptique. Je lavai d'abord avec la solution de créoline à 0,50/0, puis je badigeonnai à la teinture d'iode et recouvris le tout d'iodoforme ; le pansement fut appliqué pour la première fois le 7 mars, et renouvelé tous les jours, mais dès le 11 mars je lui substituais le lavage simple à l'émulsion créolinée et le pansement avec la poudre de salol, dont la malade, fort rebutée par l'iodoforme, apprécia vivement l'agréable et discret parfum. Je ne noterai pas les progrès quotidiens de l'amélioration : il me suffira de dire que, dès le 25 mars, la cicatrisation était absolue et que la partie malade fut laissée sans pansement. Il m'avait fallu dix-huit jours pour obtenir l'occlusion de cette énorme perte de substance, et cela, grâce surtout à l'antisepsie, je dirai plus justement : à l'antisepsie seule.

Si j'ai tenu à faire connaître ce résultat, c'est qu'il s'éloigne sensiblement par les moyens employés de la pratique généralement suivie.

Quelques uns d'entre vous me demanderont, en effet, pourquoi je n'ai pas eu recours au sparadrap de Vigo, le modificateur reconnu, et que tout le monde a vanté jusqu'ici, pour la réparation des pertes de substance véroliques. Ma raison est simple, c'est que, l'ayant prescrit d'autres fois, et ayant examiné le secretum qui se produit sous sa carapace, j'ai reconnu au microscope une abondante collection de microbes, la plupart de forme arrondie, et j'en ai déduit immédiatement que, malgré les résines, les ébènes, les myrrhes et le styrax, malgré même le eum, le fameux emplâtre ne valait pas grand'chose, un peu plus certainement que les onguents et les baumes de jadis, mais trop peu pour répondre aux justes exigences d'une thérapeutique véritablement guidée par la science moderne.

M. VINET. — Ce qui m'a le mieux réussi dans le traitement du phagédénisme tertiaire, c'est la solution saturée de chlorate de potasse avec quelques applications de chlorate de potasse en poudre, ou bien encore le naphtol camphré.

Après la séance du 14 Septembre les travaux de la Société auront lieu à l'Université de Bordeaux pendant les mois d'août, septembre et octobre. Les conférences commenceront à la suite des conférences de l'École de Médecine de Bordeaux. Il y aura une session de trois jours sur la syphilis à Bordeaux en Octobre.

SÉANCE DU 8 MAI 1890

Présidence de M. le professeur Hardy.

SOMMAIRE. — A propos du procès-verbal : Addition à la communication faite à la dernière séance par M. HALLOPEAU sur l'aplasie moniliforme des cheveux. — Les traitements nouveaux de l'orchite : M. DU CASTEL. (Discussion : MM. E. BESNIER, C. MAURIAC.) — Les troubles de la sensibilité chez les lépreux ; leur étude à l'aide d'un esthésiomètre dynamométrique : M. QUINQUAUD. — Les premières manifestations de la lèpre, taches et macules, renferment des bacilles : M. QUINQUAUD. — Observation d'un cas de syphilides papulo-squameuses en corymbes : M. P. PORTALIER. (Discussion : M. FOURNIER.) — De la pathogénie de quelques dermites artificielles : M. L. JACQUET. (Discussion : M. E. BESNIER.) — Quelques cas de zona suivis de tuberculose : M. LEMONNIER. — Hydroa buccal pseudo-syphilitique : M. G. BAUDOIN. (Discussion : MM. A. FOURNIER, BARTHÉLEMY, C. MAURIAC, E. BESNIER.) — Kystes congénitaux du scrotum (présentation de malade) : M. HEUYER.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL lit, au nom de M. HALLOPEAU, la note suivante :

SUR L'APLASIE MONILIFORME DES CHEVEUX ET DES POILS, SA TRANSMISSION HÉRÉDITAIRE, SA NATURE, SA GÉNÉRALISATION ET SES RAPPORTS AVEC LA KÉRATOSE PILAIRE.

C'est à juste titre que MM. Besnier et Brocq ont fait remarquer l'analogie qu'offrent, chez le petit malade que nous avons présenté à la dernière séance, les saillies engainant la base des cheveux avec celles de la kératose pilaire.

Cette ressemblance morphologique ne pouvait suffire cependant à établir qu'il s'agissait d'une seule et même affection, surtout si l'on considérait que l'on ne connaissait pas jusqu'ici la kératose pilaire du cuir chevelu. Dans le but d'élucider la question, nous avons fait une enquête qui n'a pas été infructueuse, car elle a révélé l'existence d'autres cas

de cette maladie, elle nous a permis d'étudier l'un d'entre eux, elle nous a montré que l'*aplasie moniliforme* est au plus haut degré héréditaire, qu'elle constitue une maladie de famille, qu'elle intéresse non seulement les cheveux, mais, tout le système pileux dans son ensemble et qu'elle est bien réellement en rapport avec la kératose pileaire.

En effet le père de cet enfant, âgé de 49 ans, a la même maladie depuis le premier âge ; il n'a jamais eu qu'un petit nombre de cheveux ; presque entièrement chauve, il a toujours porté perruque. Interrogé sur ses antécédents de famille, cet homme nous apprend que sa mère n'a jamais eu de cheveux, qu'il en est de même de sa sœur, d'un de ses cousins et que l'enfant de celui-ci est resté chauve jusqu'à l'âge de 7 ans.

Voilà donc 6 personnes d'une même famille dont 3 appartiennent à trois générations successives, qui sont atteintes de la même maladie : cette hérédité a déjà été signalée par Mc Call Anderson dans le travail publié sous le titre défectueux de *Hereditary Trichorrexia Nodosa* (*Lancet*, 1883).

Ces faits jettent une lumière toute nouvelle sur la nature de l'aplasie moniliforme.

Lorsque l'on se trouve en présence d'une alopecie aussi prononcée chez un enfant, on est tout d'abord enclin à chercher le parasite : or, la transmission héréditaire montre qu'il s'agit d'une toute autre cause et qu'il faut attribuer à un trouble congénital de la nutrition l'origine des altérations des cheveux et des poils.

Nous avons constaté de plus, chez le père de notre petit malade, que les lésions pileaires ne sont point limitées au cuir chevelu : nous les avons notées, avec des caractères identiques, dans les sourcils, dans la barbe, sur la partie antérieure du thorax, dans les aisselles, au pubis et sur les quatre membres ; chez l'enfant, nous avons trouvé également des poils moniliformes dans les sourcils : tout le système pileaire est donc intéressé. Nous avons pu reconnaître également que la maladie semble s'atténuer avec l'âge, mais très lentement ; le nombre de cheveux malades est beaucoup moindre chez le père qu'il ne l'est chez l'enfant et que vraisemblablement il ne l'a été chez ce sujet dans sa jeunesse. Un certain nombre de cheveux ne présentent en quelque sorte qu'à l'état de vestige l'altération moniliforme.

On voit enfin chez le père, dans la barbe, au-devant du sternum, sur la face dorsale des avant-bras et au-devant des jambes, des saillies rouges, arrondies, relativement volumineuses, fermes au toucher, identiques à celles de la kératose : chacune d'elles est surmontée d'un poil. Nous avons constaté d'autre part, chez l'enfant, l'existence des mêmes grains pileaires sur les membres et au cuir chevelu.

Il y a donc incontestablement coexistence des lésions kératosiques, et des altérations pileaires, et l'on peut s'assurer que chaque cheveu ou

poil malade repose sur une de ces saillies miliaires. L'examen histologique n'a pas révélé jusqu'ici, dans les poils de la kératose, les déformations si régulièrement fusiformes qui caractérisent l'aplasie moniliforme. Cependant, dans un cas d'ichtyose ancienne, un cheveu s'en rapprochait; mais les fuseaux étaient inégaux (1).

Par contre, un caractère commun est fourni par l'engainement des poils et leur enroulement.

Un des cheveux moniliformes que nous avons recueillis sur les membres du père présente nettement cette disposition.

Ainsi donc l'on peut invoquer, en faveur du rapport de l'aplasie moniliforme avec la kératose pileaire, la présence de saillies lichénoides à la base de tous les cheveux ou poils malades, et, dans les lieux d'élection de la kératose, l'enroulement des poils engainés, la coexistence de modifications du diamètre des poils dans les deux maladies, la transmission héréditaire: la manière de voir de MM. Hardy, Besnier et Brocq se trouve ainsi pleinement confirmée.

Chez le père, la kératose manque sur la face dorsale des bras, lieu d'élection de la kératose pileaire; mais, cette partie étant complètement glabre, il est vraisemblable que les poils y sont complètement atrophiés.

La kératose génératrice de l'aplasie moniliforme se distingue des formes vulgaires par son extension à toutes les régions où les poils atteignent leur complet développement, par son début dès le premier âge, et par l'altération géométriquement fusiforme des poils. Elle en constitue donc une variété rare.

LES NOUVEAUX TRAITEMENTS DE L'ORCHITE,

Par M. Du CASTEL.

Parmi les maladies pour le traitement desquelles la médication antiphlogistique a survécu à la chute de la doctrine physiologique, il faut assurément compter l'orchite, et, parmi les malades atteints de cette affection, bon nombre subissent encore un traitement (sangsuës, cataplasmes, frictions à l'onguent napolitain, etc.) dont Broussais et ses élèves n'auraient pas rougi. N'avons-nous donc rien essayé, n'avons-nous rien trouvé qui puisse remplacer avec avantage cette médecine ancienne d'une application toujours si incommode, quelquefois dangereuse; car

(1) Depuis la rédaction de cette note, nous avons trouvé, enroulé dans un des grains kératodermiques du bras de l'enfant, un poil présentant une altération moniliforme nettement esquissée. — H. H.

les malades sont loin d'être rares qui se trouvent incommodés à la suite des frictions mercurielles !

Je suis de ceux qui pensent que la médecine moderne nous offre des ressources d'une application plus commode, d'une action plus rapide, d'une efficacité plus grande.

Et, d'abord, il existe aujourd'hui une médication interne de l'orchite ?

Le salicylate de soude a été recommandé, en 1872, par Edward Henderson qui déclarait avoir vu sous son influence la diminution de la douleur et la résorption de l'épanchement intra-vaginal se faire avec une rapidité accélérée ; ce médicament me paraît mériter les éloges que son auteur lui a accordés. Sur les conseils de mon savant ami le D^r Chauffard, qui avait eu l'occasion de constater dans quelques cas les heureux effets du traitement d'Henderson, j'ai expérimenté en grand, dans mon service de l'hôpital du Midi, l'action du salicylate de soude sur l'orchite : la plupart des malades ont éprouvé, dans les vingt-quatre heures qui ont suivi l'administration du médicament, un soulagement considérable, plus accentué que celui que procure l'emploi de la médication antiphlogistique ; la durée totale de la maladie paraît avoir été sensiblement diminuée ; le séjour des malades à l'hôpital s'est trouvé abrégé. Le résultat détaillé de mes observations se trouve consigné dans la thèse d'un de mes élèves, le D^r Pigornet (De l'emploi du salicylate de soude dans le traitement de l'orchite blennorrhagique. Paris, 1886). Les malades prenaient en général six grammes de salicylate de soude par vingt-quatre heures.

Le D^r Dormand a, dans sa thèse inaugurale, soutenue en 1888, préconisé l'emploi de la teinture d'anémone pulsatile à la dose de trente gouttes par jour ; sa supériorité sur le traitement antiphlogistique aurait été des plus manifestes. Comparant les résultats obtenus avec la pulsatile et ceux obtenus avec le salicylate de soude, M. Dormand reconnaît que : « L'un et l'autre ont une action certaine et rapide ; l'un et l'autre portent principalement leur action sur l'élément douleur, dont ils amènent une sédation presque instantanée permettant bientôt au malade de se lever. La résolution de l'inflammation subit d'une façon à peu près égale l'influence de l'un et l'autre médicament et se trouve manifestement activée. Cependant, d'après l'étude comparative des statistiques de Pigornet et de Dormand, l'action du salicylate de soude serait plus puissante et plus rapide que celle de l'anémone pulsatile : malgré ce résultat, M. Dormand donne la préférence à la pulsatile parce qu'il la croit d'un emploi moins dangereux que le salicylate. »

La durée de la maladie serait, d'après le D^r Dormand, moitié moins longue chez les malades traités par l'anémone pulsatile que chez ceux que l'on soumet à la médication antiphlogistique : admettons que le bénéfice de la médication ait été un peu exagéré, il ressort, je crois, cependant incontestablement des observations de MM. Dormand et Pigornet que l'emploi de la pulsatile ou du salicylate peut accélérer

sensiblement la guérison de l'orchite. Pour moi, je reste fidèle au salicylate de soude, que les statistiques indiquent comme supérieur à la pulsatile ; et je ne crois vraiment pas qu'on puisse considérer comme dangereuse une dose de six grammes par jour administrée à des sujets habituellement jeunes et dont le fonctionnement rénal se fait bien. Quelques essais tentés avec l'antipyrine, pour voir si ce médicament pourrait ici supplanter le salicylate comme dans nombre d'autres affections, ont permis de constater un manque presque absolu d'action de cette substance.

Parmi les médications externes, il en est deux dont je veux dire aussi un mot : la compression ouato-caoutchoutée et la réfrigération ; à l'emploi de la première se trouvent attachés les noms de Horand et Langlebert ; à la seconde celui de notre éminent président, M. Diday.

Les suspensoirs ouato-caoutchoutés produisent assurément des effets remarquables au point de vue du soulagement des phénomènes douloureux ; il est vraiment merveilleux de voir des sujets, qui souffraient énormément avant l'application de ces suspensoirs, aller, venir presque sans douleur après leur application. Malheureusement l'action de ces appareils sur la résolution du noyau inflammatoire n'est pas à la hauteur de leur action sur l'élément douleur ; et on est tout étonné de voir les malades, qu'on croirait volontiers guéris tellement ils souffrent peu quand le testicule est enfermé dans le suspensoir, présenter pendant longtemps encore, au moment où l'on retire l'appareil, des indurations considérables de l'épididyme. La résolution est souvent très lente dans le suspensoir ouato-caoutchouté.

La réfrigération est un traitement d'une efficacité incontestable ; elle s'obtient généralement à l'aide de vessies de glace appliquées sur les parties enflammées, et, par leur application, on voit ordinairement les douleurs tomber avec rapidité quelque violentes qu'elles soient ; mais, pour être complètement utiles, les applications de glace doivent être méthodiquement continuées pendant plusieurs jours, maintenues sans interruption jusqu'à disparition complète de tout phénomène inflammatoire ; en ne maintenant pas avec vigueur et persévérance l'application du froid, en la cessant prématurément, on s'exposerait à voir les accidents se réveiller et l'orchite reprendre une nouvelle acuité ; c'est donc une méthode d'une application ennuyeuse et délicate.

Depuis quatre ans, j'emploie dans mon service un mode de réfrigération différent et qui m'a donné des résultats très heureux, c'est le stypage ; le Dr Duchaussoy a étudié dans sa thèse inaugurale les effets de ce traitement (De quelques applications du chlorure de méthyle. Paris, 1889). Le stypage est fait d'après la méthode conseillée par le Dr Bailly, qui n'est, comme on le sait, qu'une modification de l'emploi du chlorure de méthyle, imaginé par mon savant ami le professeur Debove. Un simple tampon d'ouate refroidi par la projection d'un jet

de chlorure de méthyle est appliqué pendant quelques secondes à la surface des bourses du côté malade ; le dartos se contracte énergiquement ; la peau se refroidit et pâlit ; à ce moment, on suspend l'application du froid pour éviter des lésions cutanées, érythème persistant, vésication, sphacèle, dont l'apparition pourrait gêner la continuation du traitement complet. Il faut, en effet, pour ce traitement, continuer chaque matin pendant plusieurs jours l'application du chlorure de méthyle ; chez les malades violemment atteints, nous sommes arrivé, dans ces derniers temps, à faire deux séances par jour, une le matin, une le soir. Une main très exercée pourrait, au lieu de recourir au stypage avec le tampon d'ouate, projeter directement le chlorure de méthyle sur les bourses d'après le procédé du professeur Debove ; mais c'est là un mode d'application délicat et exigeant une grande habitude de ce genre de manœuvres.

Un soulagement immédiat et considérable de la douleur est ordinairement la conséquence du premier stypage ; un malade, qui présentait depuis plusieurs jours des phénomènes de pseudo-étranglement, vit ceux-ci disparaître après la première réfrigération ; des malades tourmentés par des douleurs violentes qui leur avaient fait passer des nuits sans sommeil, s'endormirent immédiatement après la première séance de traitement ; beaucoup de malades, heureux du soulagement instantané obtenu, réclament d'eux-mêmes les nouvelles séances. La diminution de la douleur permet, du reste, à la plupart de nos malades d'aller et venir suffisamment pour satisfaire aux exigences de la vie d'hôpital.

La durée totale de la maladie et du traitement est courte ; dans les 68 cas relevés par le D^r Duchaussoy, la durée moyenne des applications de chlorure de méthyle fut de sept jours et demi et la durée totale du séjour à l'hôpital de onze jours et demi.

Soulagement immédiat, résolution rapide, tels sont en deux mots, les résultats manifestes du traitement de l'orchite par le stypage.

Ce traitement de l'orchite est un traitement facile et simple dans nos hôpitaux, puisque, en dehors de l'application quotidienne du stypage qui dure à peine quelques secondes chaque matin, il laisse, pour le reste de la journée, sa liberté entière au malade et ne nécessite l'addition d'aucun autre traitement soit interne, soit externe.

En résumé, il me semble aujourd'hui permis de dire que nous possédons, à côté de la médication antiphlogistique, des traitements de l'orchite actifs et commodes, médication interne, suspensoirs ouato-caoutchoutés, réfrigération et surtout réfrigération par le chlorure de méthyle ; ce traitement est à peu près le seul que j'emploie actuellement dans mon service. Il peut être bon dans quelques cas d'associer plusieurs traitements ; c'est ainsi qu'il m'est arrivé d'appliquer un suspensoir ouato-caoutchouté à des malades que je traitais par le stypage pour les faire bénéficier à la fois de la facilité de circulation que donne le suspensoir et de la résolution plus rapide que provoque le stypage ;

c'est un traitement compliqué puisqu'il faut à chaque stypage retirer et remettre le pansement ouaté, mais le malade peut vivre de la vie ordinaire sans être privé d'un traitement qui hâte la résolution et la guérison définitive de sa maladie.

Enfin, s'il me fallait classifier les traitements que je viens de passer en revue devant vous, je les diviserais en deux classes : 1° traitements résolutifs, salicylate de soude, anémone pulsatille, réfrigération, en particulier réfrigération par le chlorure de méthyle ; 2° traitement palliatif, suspensoir ouato-caoutchouté ; les premiers doivent faire la base de tout traitement de l'orchite ; le dernier est particulièrement indiqué chez certains malades pour qui il est très important de pouvoir continuer à aller et venir.

M. E. BESNIER. — Le traitement que M. du Castel nous propose me séduit beaucoup, appuyé qu'il est par la grande expérience de notre collègue. Je crois qu'il est possible d'en simplifier encore le manuel opératoire. Constamment à l'hôpital Saint-Louis, nous nous servons, mes collègues et moi, du chlorure de méthyle pour l'anesthésie locale, et nous avons renoncé au tampon ingénieux, mais compliqué qu'a proposé le D^r Bailly (de Chambly) : nous versons simplement le chlorure de méthyle dans le tube de verre à double paroi qu'a proposé ce médecin et nous y trempions un simple pinceau de charpie ; celui-ci est ensuite laissé en place sur la peau jusqu'à ce qu'elle ait pris une couleur blanche. On pourrait, je crois, grâce à cette instrumentation très simple, confier au malade lui-même le soin de faire les applications de chlorure de méthyle.

M. DU CASTEL. — Quoique je ne me sois pas encore servi du vulgaire pinceau de charpie, j'ai remplacé le tampon du D^r Bailly par un simple tampon d'ouate qui m'a paru très suffisant. Le surveillant de mon service passe dans la salle et fait très rapidement les applications de chlorure de méthyle à tous les malades atteints d'orchite. En confiant le traitement au malade lui-même, je craindrais que celui-ci ne dépassât le but et qu'il ne survînt des accidents par suite de la délicatesse de la peau du scrotum.

M. C. MAURIAC. — Il y a bien peu de médications susceptibles de diminuer la durée de l'orchite blennorrhagique, de même qu'il n'y en a guère qui puissent modifier la durée de la blennorrhagie. Après une longue expérience, j'en suis arrivé à ne faire que de l'expectation dans le traitement de l'orchite blennorrhagique ; je me contente de faire appliquer des cataplasmes sur les bourses et de prescrire le repos au lit. J'ordonne aussi un laxatif léger tous les deux ou trois jours. Je n'interviens activement que s'il survient quelques complications. S'il y a de la vagina-

lite avec épanchement, je pratique une ponction qui supprime la compression et calme les douleurs. Au début, dans les formes véritablement inflammatoires, je fais appliquer des sangsues à l'orifice inguinal, traitement ancien et fort efficace; j'ai renoncé aux onctions d'onguent napolitain qui n'ont aucun effet utile contre la douleur et ont l'inconvénient de déterminer souvent de l'eczéma rubrum. Contre les douleurs locales, jecrois que le meilleur traitement est celui qui a été conseillé par M. Diday et qui consiste à placer le testicule entre deux vessies de glace : je n'ai pas, il est vrai, d'expérience du stypage, mais il me semble que la réfrigération continue est préférable à celle qui n'agit que deux fois par jour pendant quelques instants seulement. Quant à la médication interne, elle ne m'inspire aucune confiance; je ne pense pas qu'un médicament quelconque ait jamais abrégé la durée de l'orchite blennorrhagique. Il est d'ailleurs fort difficile d'apprécier cette durée qui dans les épидидymites abandonnées à elles-mêmes varie dans des limites très étendues sans qu'on puisse se rendre compte de la cause de ces différences.

M. DU CASTEL. — Je partage l'avis de M. Mauriac sur la difficulté qu'il y a à se faire une opinion sur la durée de l'orchite blennorrhagique et sur l'efficacité d'un traitement dirigé contre cette affection. Une opinion sur ce sujet n'a de valeur que quand elle est basée sur une expérience très étendue et quand, avec le traitement proposé, on obtient une abréviation très considérable dans la durée de l'orchite. Or, à mon arrivée à l'hôpital du Midi, la durée moyenne du séjour des malades atteints d'orchite était de 3 semaines, tandis que, depuis l'application du stypage, elle n'est plus que de 10 à 12 jours : cette différence est assez notable pour plaider sérieusement en faveur du traitement que je propose. Je reconnais cependant que ses effets favorables portent d'abord sur la douleur — contre laquelle je le crois beaucoup plus efficace que la vessie de glace de M. Diday — et que son action sur l'induration du testicule est beaucoup plus délicate à apprécier.

LES TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ CHEZ LES LÉPREUX; LEUR ÉTUDE À L'AIDE D'UN ESTHÉSIOMÈTRE DYNAMOMÉTRIQUE,

Par M. CH.-E. QUINQUAUD.

Tous les auteurs, à partir d'Arétée, d'Abdul-Casem, de Théodoric, de Lanfrancq, de Gilbert, de Frenel, d'Ambroise Paré, etc., en passant par Schilling, Robinson, pour arriver à Rayer, Bazin, Hardy, Danielssen et Boeck, Hebra, Griesinger, Hillis, Poncet de Cluny, Hansen, Neisser,

Leloir, Zambaco, Rosenthal, etc., ont étudié avec soin les troubles sensitifs de la lèpre.

Malgré les recherches de ces observateurs, il nous a paru intéressant de faire de nouvelles explorations sur ce point à l'aide d'un nouvel instrument qui permet de mieux apprécier les modalités diverses de la sensibilité.

L'instrument est un esthésiomètre dynamométrique construit par Verdin. Il se compose d'une règle plate, longue de vingt centimètres et divisée en centimètres, demi-centimètres et en millimètres ; sur cette règle sont placés deux petits appareils sphymométriques semblables au sphymomètre de Blocq, et qui glissent à frottement sur la règle divisée ; une de leurs extrémités est munie de pointes en ivoire moussses ou pointues, que l'on peut remplacer par des disques métalliques munis de thermomètres spéciaux pour l'exploration de la sensibilité au froid ou à la chaleur.

Pour mesurer la sensibilité au contact, il suffit d'appliquer une pointe mousse sur la peau, d'exercer une pression de 5, de 10, de 20, de 200 gr. jusqu'à ce que le sujet accuse la sensation du contact.

De même pour la sensibilité à la piqure, à la douleur.

En étudiant de cette manière la sensibilité chez les lépreux je suis arrivé aux conclusions suivantes :

Dans la lèpre tuberculeuse, dans la lèpre avec taches érythémateuses ou dans la lèpre mixte, les troubles sensitifs sont constants ; je n'ai jamais rencontré un tubercule, une tache où la sensibilité fût normale ; pour bien s'en rendre compte, il faut explorer la région similaire saine si c'est possible, ou une région saine voisine du point malade. Les troubles sont limités aux lésions, peu à peu ils s'étendent ou bien ils rétrocedent sur les points qui guérissent en même temps que les bacilles disparaissent ; la sensibilité suit souvent la même marche vers le retour à la normale ; parfois cependant l'anesthésie persiste.

La sensibilité au contact, à la pression est diminuée au niveau de toutes les lésions élémentaires, mais à des degrés très variables : le malade sent le simple contact sans pression, ou bien il est nécessaire d'exercer une pression de 20, 40, 50, 60, 200 grammes pour que le résultat soit positif ; parfois même une pression supérieure n'est pas sentie ; la disparition de la sensibilité à un degré extrême est d'ordinaire circonscrite à une région étroite, de petite surface. On peut donc ainsi suivre, mesurer la *disparition graduelle et progressive de la sensibilité des parties superficielles aux parties profondes*.

La sensibilité à la piqure est perçue tantôt par simple contact, tantôt il faut exercer une pression de 10, 20, 40, 100, 200 grammes pour qu'elle soit sentie ; les chiffres varient suivant les régions explorées ; ces changements sont très irréguliers, très inégaux et constituent un des caractères remarquables de ces troubles de la sensibilité. Parfois enfin, malgré une

pression supérieure à 200 grammes, la sensation n'est pas perçue ; les zones ainsi anesthésiées sont toujours limitées et peu étendues.

Lorsque la sensibilité au contact et à la piqûre existent avec une pression de quelques grammes au niveau d'une lésion élémentaire, il est parfois difficile d'apprécier exactement si la sensibilité a subi une modification ; il faut alors recourir au procédé suivant : on exerce une pression ou une piqûre avec une pression de 5 grammes par exemple sur le point lésé ; on remet l'index en place et l'on exerce la même pression de 10 et de 20 grammes sur le point similaire sain ; le malade accuse une différence qui permet d'apprécier le trouble sensitif s'il existe.

La SENSIBILITÉ AU FROID est conservée mais affaiblie : dans certains points le corps froid donne la sensation de contact, plus rarement la sensation de chaleur ; souvent la sensibilité à 0° est éteinte, alors que la sensation de chaleur à 50° persiste encore ; d'autres fois c'est l'inverse qui a lieu.

Ailleurs la sensibilité à une température de 4° au-dessus de 0° est éteinte alors qu'à 25° au-dessous de 0 — le malade éprouve la sensation de froid, ou une sensation de chaleur. Sur des points différents chez le même malade, on a donc une échelle très variée des divers degrés de troubles sensitifs.

De même, la sensibilité à la chaleur n'est perçue qu'à 40°, 50°, 60°, 70° et 80°, etc., cela varie avec le point observé. On peut dire qu'en général le caractère dominant de tous ces troubles c'est l'inégalité, l'irrégularité sur des points voisins les uns des autres et toujours en rapport avec des lésions qui peuvent être à peine appréciables à la vue.

Chez les lépreux, il n'est pas rare d'observer en un ou deux points de l'anesthésie douloureuse et des phénomènes de dysesthésie.

Il me paraît résulter de cette étude un fait important ; c'est que l'ensemble des troubles sensitifs peut constituer un précieux auxiliaire pour établir un diagnostic dans les cas difficiles, anormaux, atypiques.

Voici quelques observations avec l'examen détaillé des troubles sensitifs chez les lépreux.

OBSERVATION I. — *Lèpre du Brésil.* — *Léproïdes érythémateuses, nodulaires sur quelques points.* — *Exploration de la sensibilité à l'aide d'un esthésiomètre dynamométrique.*

M^{me} Ro....., habite Guaratingueta, province de São-Paulo (Brésil).

Antécédents héréditaires. — Père et mère français ayant habité pendant longtemps la Normandie, puis Paris. Ils n'ont été atteints d'aucune affection rappelant l'état de la malade.

Elle a deux sœurs avec elle au Brésil dont l'une habite à 28 kilomètres de chez elle ; aucune des deux n'éprouve les symptômes de cette affection.

Antécédents personnels. — Est née à Paris.

Scarlatine à 5 ans.

Elle est restée pendant longtemps, dit-elle, sous l'influence d'une fièvre cérébrale. Elle ressentait par moments de violents maux de tête. Elle ne peut donner aucun renseignement sur cette maladie qu'elle a entendu raconter seulement.

A 16 ans : érysipèle de la face qui a envahi le corps entier et progressivement ; la malade ne peut donner des détails sur les phénomènes qu'elle a éprouvés.

En 1844, à l'âge de 18 ans, elle partit pour le Brésil où elle habite encore aujourd'hui Guaratingueta (province de St-Paul).

Mariée à un Français qui n'a jamais été malade.

Pas d'enfants, pas de fausse couche.

Atteinte depuis plus de 30 ans d'un kyste (??) de l'ovaire ; en 1875 on aurait voulu lui faire l'opération. A cette date elle ressentait de vives douleurs dans l'abdomen du côté gauche, qui l'empêchaient de rester couchée et demeura pendant près de six mois assise dans un fauteuil.

Au moment des grandes chaleurs, apparaissaient de petits boutons sur tout le corps et qui disparaissaient avec la saison ; la face interne des jambes devenait rouge vif.

En 1876, elle a cessé de voir ses règles sans accidents particuliers.

En 1882, elle fit un premier voyage en France, elle revint en 1889 au mois de juillet.

Réglée à 15 ans.

Histoire de la maladie. — Il y a 5 ans la maladie a débuté par une seule plaque rouge à la jambe droite, partie moyenne de la face interne ; cette plaque a persisté sans s'agrandir et quelque temps après plusieurs taches semblables sont survenues sur la jambe gauche. La malade n'éprouvant aucune douleur, elle n'y apporta qu'une médiocre attention.

Depuis deux ans, elle s'est aperçue que ses jambes étaient comme engourdis, elle passait la main sans sentir le moindre frottement ; cette perte de notion de contact était limitée aux genoux.

Au mois de juillet dernier, presque aussitôt après son arrivée à Paris, elle remarqua quelques plaques rouges érythémateuses semblables à celles des jambes, qui siégeaient à l'avant-bras droit ; puis, un mois après, le même érythème apparaissait sur l'avant-bras gauche et progressivement sur la région cervicale, sur la face, le thorax, l'abdomen, les cuisses et les bras.

Il y a 3 mois environ, la malade s'est aperçue de douleurs qui couraient dans les jambes, elle y portait la main instinctivement ; ces douleurs se répétaient deux ou trois fois de suite, mais elles n'ont jamais produit la sensation de fer de lance. Aujourd'hui ces douleurs existent encore mais moins aiguës et moins fréquentes.

Le 1^{er} janvier dernier, étant assise la jambe près d'un poêle, elle s'est fait une brûlure profonde et ce n'est que le lendemain matin qu'elle s'en est aperçue, mais toujours sans ressentir aucune douleur.

La plaie est cicatrisée depuis quelques jours.

État actuel (21 janvier 1890). — Faciès sanguin. Les cheveux semblent être conservés chez cette malade comme chez toute personne de son âge.

Plaques érythémateuses au niveau du front avec lignes achromiques au niveau de la partie supérieure des deux sourcils.

Le sourcil gauche présente des poils beaucoup moins nombreux qu'à droite et à ce niveau existent des plaques érythémateuses.

Dans la région sous-mentale, tubercules disséminés, saillants, durs au toucher.

A la région cervicale quelques rares plaques érythémateuses.

Sur les mains, la malade éprouve une sensation de sécheresse agaçante et par moment des sensations de brûlure qu'elle cherche à calmer par des lotions froides.

Sur la face dorsale, tubercules nombreux, d'un rouge violacé.

Sur les avant-bras, il y a par moment une légère desquamation ; on y voit de larges plaques érythémateuses, plus ou moins saillantes, d'un rouge violet sur la face postérieure et légèrement pâles sur la face antérieure. La face interne semble plus pigmentée que la face externe et sur la face externe il y a pigmentation et érythème.

Aux deux bras, surtout à gauche, mêmes plaques érythémateuses du diamètre d'une pièce de deux francs, peu saillantes, pâles ; à la face externe du bras gauche, large plaque ovale de même aspect. Aux membres les lésions sont abondantes et marquées dans le sens de l'extension surtout à la face externe des segments des membres. Au tronc elles prédominent également sur le dos.

Sur toutes les autres parties du corps, mêmes taches d'érythème disséminées sur chaque région.

Sens de la vision. — Vue normale pour l'âge de la malade.

Sens de l'ouïe. — Depuis l'âge de 9 ans l'oreille est un peu paresseuse. L'audition est surtout difficile et atténuée à droite.

L'état général est resté satisfaisant, les forces ont toujours été bien conservées. Le moindre effort occasionne des sueurs abondantes qui existent même au niveau des taches, au dire de la malade.

Pas d'épistaxis.

Muqueuses colorées normalement.

Rien de particulier dans la bouche ; l'appétit est toujours resté satisfaisant, les digestions sont faciles, les selles régulières.

Système nerveux :

En touchant l'isthme du pharynx, on provoque la toux. Il semble que le réflexe du vomissement soit diminué, mais on le provoque.

Hyperesthésie sur le pavillon de l'oreille gauche, le moindre frottement se change en une véritable douleur.

Sur le visage, sensations d'araignées qui courent, mais non douloureuses.

Le sens de l'odorat n'est pas altéré.

Aucun trouble de la motilité.

Réflexes du membre inférieur : les réflexes rotuliens sont nuls, mais ils réapparaissent par le procédé de Jendrassik.

Mouvements normaux.

Pas de troubles vaso-moteurs (crampes, doigt mort).

État des viscères : normaux.

Exploration de la sensibilité :

Tête. — Sur le front, la malade accuse une seule pointe, avec un écartement de 11 millimètres ; elle n'a la sensation des 2 pointes qu'avec un écar-

tement de 30 millim. A ce niveau, la sensation de piqure est perçue à 0 gr. ; sur les joues, la sensibilité est également conservée. Au niveau du menton, sur les plaques érythémateuses, sensation de contact à 10 gr. Sur le cuir chevelu, sensation de piqure à 10 gr.

Sensibilité thermique. — Au niveau de la région sous-maxillaire, la sensation du froid à 0° est immédiatement perçue et au niveau d'une tache, sensibilité à la chaleur, à 72°. Sensation immédiatement perçue sur une tache qui avait été insensible au froid. En dehors des taches, la sensation de chaleur et de froid est conservée.

Membres supérieurs :

1° *Mains* — A la face palmaire de la main droite, au niveau de la pulpe des doigts, sensation de pression à zéro et de piqure à 40 gr. Sur l'annulaire, sensation de piqure à 10 gr. Sur la face palmaire, sensation de piqure à 25 gr. Sur la région hypothénar, sensation de piqure à 15 gr. A la main gauche, sur la pulpe du médius, la malade ne sent qu'une pointe avec un écartement de 2 millim. ; elle ne sent les deux pointes qu'à un écartement de 4 millimètres, même remarque pour les autres doigts.

Sur la face dorsale de la 1^{re} phalange du médius où l'on voit les dernières traces d'érythème, la malade accuse une sensation de piqure à 30 gr. — Sur la 3^e phalange de l'indicateur, face dorsale, sensation de piqure à 10 gr. : même remarque que précédemment pour les taches érythémateuses.

Sur la 2^e phalange de l'annulaire, face dorsale, on exerce une pression de 200 gr. sans sensation de piqure, et à ce niveau il n'y a rien d'apparent. Sur la deuxième phalange du petit doigt, face dorsale, la sensation de piqure n'existe qu'à une pression de 90 gr. Sur la face dorsale de cette main, pas de sensation de piqure à 200 gr.

Sensibilité thermique. — Sensibilité à la chaleur et au froid conservée à la face palmaire de la main droite et de la main gauche. Sur la face dorsale de la main droite et sur les premières phalanges, la sensibilité à la chaleur et au froid est disparue ; sur les 2^e et 3^e phalanges la sensation de froid réapparaît.

Avant-bras. — A la face postérieure de l'avant-bras droit, l'esthésiomètre appliqué dans le sens longitudinal, sur les taches érythémateuses et les pointes ayant un écartement de 176 millim., la malade n'accuse qu'une seule pointe, celle qui est la plus rapprochée de l'articulation du coude. A une pression de 130 gr. elle a une sensation de piqure, et la sensation de pression persiste après l'enlèvement de la pointe ; l'enlèvement de l'instrument passe inaperçu. La sensation de poids se conserve à peu près la même jusqu'à 200 gr. A ce moment la pression paraît un peu plus forte à la malade.

Au niveau du poignet, elle sent l'augmentation de pression, à 60 gr. A la partie médiane de la face postérieure de l'avant-bras, la malade n'a pas senti l'augmentation de pression jusqu'à 200 gr. A 3 centimètres plus haut, elle a une sensation d'augmentation de pression. Sur la région supéro-externe de l'avant-bras, la sensation d'augmentation de pression arrive à 90 gr. Sur une tache érythémateuse de l'avant-bras droit (région externe), sensation de contact à zéro, sensation de piqure à 60 gr. A 200 gr. la piqure est très supportable. Dans les régions saines environnantes, elle peut à peine supporter 40 gr. Sur cette même tache, pas de sensation de froid, même avec une pression à 200 gr. Au niveau de la face antérieure, sur les parties saines, sensation de

froid immédiat à 0°. Sur cette même plaque, sensibilité à la chaleur à 50° très légère ; à côté, dans les régions saines, sensation normale. Il y a donc une diminution de la sensation de chaleur et une abolition de la sensation du froid.

A l'avant-bras gauche, près de la saignée, sensation de piqûre à la pression de 5 gr. ; vers la face inférieure, près du poignet, entre les taches, là où la peau paraît normale, une pression de 5 à 10 gr. donne une sensation de piqûre.

A la partie supérieure et externe de l'avant-bras, à côté des taches, sensation de piqûre à 10 gr. Sur un point très rapproché de la tache à la même région, sensation de piqûre à 10 gr. Sur la tache elle-même, partie périphérique, une pression de 5 grammes est sentie comme piqûre ; et sur la partie moyenne de cette même tache, pas de piqûre même à 200 gr. Donc les parties périphériques des taches seraient plus sensibles que les parties centrales.

Bras. — Sur la partie supérieure du deltoïde (côté droit) au niveau d'une tache, aucune sensation de contact ; elle n'existe qu'à une pression de 90 gr. Sur cette même tache, la pression n'est sentie qu'à 200 gr. et en un autre point la pression est sentie à 150 gr. Au niveau de l'épaule, région dépourvue de taches érythémateuses, sensation de piqûre à 0 gr. Sur des taches de la face externe, sensation de contact à 10 gr. La sensibilité à la chaleur est perçue à 55°, sur des taches disséminées de la région externe ; sur les espaces à peau saine environnante, la sensibilité est conservée.

Au bras gauche, sensation de pression à 10 gr. au niveau d'une tache et sensation de pression à zéro en dehors de la tache. Vers la partie inférieure, sensation de pression à 10 gr., sensibilité à la chaleur à 55°, la sensation est très légère. Sur la tache reproduite par M. Baretta, la sensibilité à la chaleur à 52° est très diminuée ; et en dehors de la tache la sensation est normale.

Thorax. — Sur le *sein gauche*, au niveau d'une tache, sensation de contact à 10 gr. ; la malade sent que l'instrument appuie graduellement et n'a la sensation de piqûre qu'à 200 gr., laquelle n'est pas une sensation douloureuse. En dehors de la tache, sensation de piqûre à zéro. Sur le *sein droit*, au centre d'une petite tache d'un centimètre environ, sensation de contact à zéro et sensation de piqûre à 30 gr. A 2 centim. de la tache, sur une partie qui paraît normale, sensation de piqûre à zéro.

A la partie supérieure du sternum, sensation de contact à zéro, au centre d'une tache sternale et sensation de piqûre à 80 gr. A 1 centim. au delà, où la peau présente une couleur normale, sensation de piqûre à zéro.

A la région dorsale (région interscapulaire), au niveau d'une tache, sensation de piqûre à 100 gr. En dehors de la tache, dans une portion saine comme aspect, sensation de piqûre à zéro. Au niveau d'une autre tache, à la partie supérieure du dos, sensation de contact à zéro et sensation de piqûre à 100 gr. Dans toute la région du dos, en dehors des taches, sensation de piqûre à zéro. A la partie supérieure près de la ligne médiane, pas de sensation de piqûre à 200 gr. sur une tache.

Abdomen. — Au niveau d'une tache, sensation de pression à 200 gr. ; à quelques centimètres au delà de la même tache, sensation de piqûre à 70 gr. ; au centre de la tache sensation de piqûre à 135 gr. ; à 1 millim. à côté du point précédent, sensation de piqûre à 70 gr. A un millim. plus bas, la sen-

sation de piqûre n'est pas perçue à 200 gr. A la périphérie de cette tache, sensation de piqûre à 10 gr. En dehors de la tache, sensation de piqûre à 0 gr.

Membres inférieurs. — 1° Pieds. La malade sent bien le sol.

Au pied droit : sensation de pression à 115 gr. sur la face dorsale, au niveau d'une tache érythémateuse non loin des articulations métatarso-phalangiennes. Au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, pas de sensation de pression à 200 g. Sur une tache de la région externe du pied, pas de sensation de pression, même à 200 gr. Les orteils ont conservé leur sensibilité.

Au pied gauche : Sur la face dorsale des orteils, sensation de piqûre à zéro. Sur la partie médiane et dorsale du pied, légère piqûre à 10 gr. ; à 2 centim. du point précédent et en avant, sensation de contact à 100 gr. et pas de sensation de piqûre à 200 gr. Au niveau de l'interligne articulaire, sensation de pression à 190 gr. A la face plantaire extrémité des orteils, sensation de piqûre à zéro ; à la partie médiane de la voûte plantaire sensation de piqûre à 10 gr. Au talon sensation de piqûre à 120 gr.

Toute sensibilité à la chaleur et au froid est disparue sur la face dorsale du pied droit ; vers la racine des orteils la sensation réapparaît. A la face plantaire, la sensation thermique est un peu diminuée, elle réapparaît aux orteils. A la face plantaire du pied gauche, sensation de chaleur conservée, sensation thermique diminuée à la face dorsale, réapparaît aux orteils.

2° Jambes. — A la face interne de la jambe gauche, sur une tache jaunâtre, sensation de contact à 10 gr. et sensation de piqûre à 35 grammes. Sur une autre tache dans le 5° inférieur interne, sensation de piqûre à 5 gr. La sensation persiste après l'enlèvement des pointes ; vers la partie médiane de la face interne, en dehors des taches, sensation de piqûre à 90 gr. Au niveau d'une tache, sensation de pression à 90 gr. En dehors de la tache sur un point d'apparence blanchâtre, la sensation de la piqûre n'est pas perçue à 200 gr. Dans tout le 1/3 inférieur de la région externe, sensation de pression à 170 gr. Vers la partie médiane de cette région, pas de sensation de piqûre à 200 gr.

Sur cette jambe gauche, à 4 travers de doigt au-dessus de l'articulation du genou (côté interne), pas de sensation perçue, à une température de 60° ; même remarque pour le 1/3 inférieur. A la face interne, la sensibilité à la chaleur n'est pas totalement éteinte, mais elle est considérablement diminuée. Au niveau de la région brûlée, pas de sensation de froid, la sensation de chaleur n'est pas perçue, mais la sensation au contact est très nette.

Sur la jambe droite. — Au niveau d'une région symétrique à celle de la brûlure, sensation de piqûre à 60 gr. vers la partie moyenne, pas de piqûre à 20 gr. mais la sensation du contact existe. A la face interne au niveau du tibia, sensation de piqûre à 130 gr. La sensation de douleur persiste après l'enlèvement de l'instrument.

Au niveau du 1/3 supérieur de la face externe, toute sensibilité à la chaleur a disparu ; au niveau de l'interligne articulaire, la sensation de chaleur réapparaît ; il en est de même à la partie inférieure de cette même région. A la face interne, la sensation de chaleur est à peu près conservée, mais diminuée vers l'articulation. A la partie postérieure, la sensation du chaud a également disparu, mais réapparaît vers la cuisse.

Genou gauche. — Au niveau d'une tache, sensation de piqûre à 110 gr. En

dehors de la tache en un point où la peau a sa coloration normale, sensation de pression à 140 gr. ; à ce même niveau, pas de sensation de piquûre à 200 gr. Au niveau de la rotule, sensation de pression à 40 gr., sensation de piquûre à 180 gr.

Cuisse gauche. — Partie médiane de la région interne de la cuisse gauche, sensation de piquûre à 25 gr.

A la région externe et médiane, au niveau d'une tache sensation de pression à 140 gr., sensation de piquûre à 150 gr.

Vers le 1/3 inférieur de la partie interne de la cuisse gauche, la sensibilité à la chaleur est conservée. A la cuisse droite, 1/3 inférieur de la face interne, sensibilité très nette à la chaleur.

L'exploration méthodique de la sensibilité nous révèle donc les faits suivants :

1° On peut voir souvent dans les prodromes de la lèpre des sensations de froid persistant 8 à 10 ans, nullement en rapport avec une réfrigération des membres.

2° La sensibilité au contact est diminuée à des degrés divers au niveau de toutes les taches ; elle est totalement éteinte dans quelques régions circonscrites des jambes. Pour percevoir les divers degrés, il faut exercer des pressions qui varient de 0 gr. à 200 gr. et plus.

3° La sensibilité à la piquûre est modifiée au niveau des lésions érythémateuses, tantôt à peine atténuée, tantôt totalement abolie, on trouve tous les intermédiaires : nette avec une pression à 0 gr., il faut parfois 150 à 200 gr. de pression pour que le malade éprouve une légère sensation de piquûre. Les régions tout à fait insensibles à 200 gr. de pression sont très circonscrites.

4° La sensibilité thermique est ordinairement lésée : tantôt à peine appréciable, tantôt totalement abolie ; la sensation au froid peut être abolie, alors que la sensibilité à la chaleur persiste, mais presque toujours atténuée. On peut aller jusqu'à 20° ou 25° au-dessus de 0° sans perception, alors qu'une température de 40° est perçue comme chaleur dans la même région ; d'autres fois, il faut aller à 60°, 50°, 70° et 80° pour que la chaleur soit perçue. Dans certains cas même, une température de 20° au-dessus de 0° est perçue comme sensation de chaleur.

Les troubles sensitifs de la lèpre sont donc des modifications dans de petits départements circonscrits nummulaires ; les régions lésées sont un peu irrégulières vers les extrémités, mais les troubles sensitifs ne sont nullement en rapport avec une distribution des nerfs.

Très souvent la paume des mains et la plante des pieds sont beaucoup moins anesthésiées que les régions dorsales.

OBSERVATION. II. — Lèpre mixte de Calcutta. (Malade du service de M. le Dr Vidal, suppléé par M. le Dr Brocq.)

Fo..., né à Calcutta, âgé de 30 ans, présente des taches et des tubercules : les taches sur le corps, les tubercules siégeant surtout aux mains, à la face et aux pieds.

La maladie a débuté à l'âge de 14 ans ; elle a commencé sur le corps par des taches et des macules ; ces caractères ont persisté pendant 5 ans, l'induration n'est venue que plus tard.

Actuellement le malade a de nombreuses cicatrices à la face, les doigts volumineux en boudins, rétractés.

Exploration de la sensibilité :

Tête. — Sur le lobule du nez, au niveau d'une cicatrice, le malade n'a pas senti à une première impression ; la perception n'a lieu qu'à une deuxième exploration.

Sur la joue droite, sensation de piqure à 80 gr. en dehors de toute tache et de toute cicatrice ; sur une cicatrice il sent à zéro.

Sur la paupière gauche, si on exerce une pression de 10 gr., au niveau d'un tubercule, la sensibilité est conservée ; mais si on exerce une même pression, à côté du tubercule sur une région qui paraît saine, le malade accusé une sensation plus forte. Sensibilité au contact conservée.

Sur l'oreille droite : sensation de piqure à 200 gr.

Toute l'oreille gauche a conservé la sensation au contact. Au niveau du lobule il sent la piqure 40 gr., sur la langue la sensation de piqure est normale.

Sensibilité thermique — Sur la paupière gauche, au niveau du même tubercule exploré précédemment, sensibilité à la chaleur à 76° conservée.

La sensibilité au froid à 0° persiste, mais diminuée sur l'oreille gauche, la sensation de chaleur est perçue et le froid à 0° ne l'est pas.

Membres supérieurs :

1° *Mains.* — Les doigts des deux mains sont entièrement déformés avec altération de la peau et induration. Sur la face palmaire des doigts de la main droite où il y a une altération notable, le malade a une sensation de pression à 120 gr., mais la piqure n'est pas perçue.

Sur la face palmaire des doigts de la main gauche où il y a également une altération, sensation de pression à 120 gr.

Pas de sensation de contact à zéro sur la face palmaire des doigts altérés de la main droite ; sensation de contact conservée, mais diminuée vers le 1/3 inférieur des doigts de la main gauche, même fait sur la face dorsale des doigts de la main ; sensibilité au contact également atténuée.

Sur la face dorsale de la main droite, là où il y a une infiltration, le malade a la sensation de pression à 200 gr. sans perception de la piqure, tandis que sur la face palmaire, il a la sensation de piqure à 10 gr. (Le malade dit lui-même qu'il ne sent rien à la face dorsale, mais qu'il sent bien sur la face palmaire.)

Sur la face palmaire de la main gauche, au milieu de la paume de la main, il a une sensation de piqure à 10 gr.

Sur la face dorsale de la même main où existe une infiltration tuberculeuse très nette, l'exploration a démontré qu'au milieu des tubercules, le malade ne sent pas, mais en dehors la sensibilité est conservée. Sur un des tubercules de cette même région, il a la sensation de piqure à 90 gr., sur un 2° tubercule à 30 gr. puis sur un troisième à 10 gr. Sur le premier tubercule la sensation de contact apparaît à 70 gr., enfin sur un autre tubercule pas de sensation de piqure à 200 gr.

Sensibilité thermique. — A la main droite sur les mêmes tubercules déjà explorés pour la piqure, pas de sensation de froid à —20° et pas de sensation de chaleur à 50°. A la main gauche sur les mêmes tubercules déjà étudiés, mêmes phénomènes qu'à la main droite.

Après une deuxième exploration sur la face dorsale de la main gauche et au niveau d'un des tubercules :

Sensibilité au froid à 0° : pas de sensation.

Sensibilité à la chaleur à 50° : pas de sensation.

2° *Avant-bras.* — Le malade dit qu'il ne sent pas aux avant-bras, mais que la sensibilité est conservée aux bras.

Vers la partie moyenne de la région externe de l'avant-bras gauche, on peut circonscrire un espace de 2 centimètres d'étendue contenant une tache érythémateuse circonscrite où le malade a une sensation de pression à 20 gr., à 40 gr. il sent la piqûre. Sur la partie moyenne de la région antérieure, sensation de pression à 30 gr. ; en un point voisin du précédent, sensation de pression à 60 gr. ; en un autre point, sensation de contact à zéro.

Vers le tiers inférieur de la face dorsale, sensibilité à la piqûre à zéro. Au niveau d'une tache pas de sensation au contact ; sur ce même tubercule, sensation de piqûre à 25 gr.

Thorax. — Dans la région mammaire gauche, légères taches érythémateuses au niveau desquelles le malade a la sensation de contact.

Sensation de piqûre à 40 gr. au niveau d'une des taches ; à 2 centim. 1/2 de distance environ sensation de piqûre à 10 gr. et à 70 gr. en un autre point. Sur une des taches, sensation de contact à 10 gr. et sensation de piqûre à 80 gr. dans une zone rouge rapprochée de la ligne médiane. Dans cette même région, sensation de piqûre entre 70 et 80 gr. Du côté droit sensation de contact normale dans toute la zone érythémateuse et sensation de piqûre à zéro.

Sensibilité thermique. — Sensibilité à la chaleur à 68° : le malade ne perçoit rien au niveau des taches et des macules, il a seulement la sensation de contact. Sensibilité au froid à 0°. Le malade sent le froid au niveau des taches précédentes, mais la sensation est diminuée.

Membres inférieurs :

1° *Pied.* — Le malade dit ne rien sentir au niveau de la face dorsale et de la face plantaire des orteils, mais au niveau de la voûte la sensation est conservée.

Au pied droit, sur la face dorsale du petit orteil, sensation de contact conservée, tandis que sur les autres orteils, faces dorsale et plantaire, pas de sensation de contact à 200 gr. Vers le milieu de la face dorsale du pied, sensation de contact conservée ; vers l'articulation tibio-tarsienne et sur tout le pourtour de cette articulation, pas de sensation de contact ; vers le tiers moyen de la face externe, la sensation de contact est diminuée, mais existe. Au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, le malade ne sent rien à 200 gr. ; à 4 cent. au-dessus (face antérieure), il sent la piqûre à 10 gr. Il a la sensation de contact à la face plantaire ; et à la face dorsale pas de sensation de contact à 200 gr.

Sensibilité thermique. — Sensibilité au froid à 0° sur la face dorsale du pied ; au niveau de l'articulation, pas de sensation perçue.

Au même niveau de l'articulation tibio-tarsienne, il a une légère sensation de chaleur à 70° sur le même point où précédemment il ne sentait pas le froid à 0°. Sur la face dorsale du pied, pas de sensation au froid, ni à la chaleur.

2° *Jambes.* — A la jambe droite, au niveau de la région externe, la sensation de contact est conservée ; vers la partie supérieure où la peau paraît plus altérée, pas de sensation de contact. A la face interne le malade sent même au niveau d'une cicatrice. Vers le tiers inférieur de la face externe, il sent la piqûre à une pression de 100 gr. Vers le tiers supérieur, sensation de

piqûre à 50 gr. Sur une cicatrice de la face interne, pas de sensation de piquûre à 200 gr. ; à 2 centim. du centré de la plaque, sensation de piquûre à 60 gr. ; sur la zone périphérique pas de sensation de piquûre à 200 gr.

Au niveau du genou gauche, la sensation de contact est conservée.

OBSERVATION III. — Lèpre du Vénézuéla. — Léproïdes érythémateuses disséminées. — Exploration méthodique des divers troubles sensitifs à l'aide d'un nouvel esthésiomètre. (Malade du service du Dr Vidal.)

Le nommé Per..., né de parents français dans le Vénézuéla, âgé de 24 ans, employé de commerce.

Exploration de la sensibilité :

Tête. — Plaque érythémateuse de la joue gauche : la sensation de contact est perçue, mais très affaiblie sur toute l'étendue de la tache ; à mesure qu'on se rapproche de la périphérie vers les régions saines, les divers modes de sensibilité réapparaissent.

Sensibilité au froid à 0° ; sensation conservée au niveau de cette tache. Sensibilité à la chaleur à 51° ; sensation conservée ; le même degré de froid est perçu d'une manière plus intense, sur la région saine que sur la région érythémateuse.

Membres supérieurs.

1° Mains. — A la main droite, le malade éprouve partout la sensation de contact.

A la main gauche au niveau de l'éminence hypothénar et sur une plaque érythémateuse, la sensation de contact est perçue mais très diminuée, sensation de piquûre à 35 gr.

Sensibilité au froid à 0° : pas de sensation.

Sensibilité à la chaleur à 50° : pas de sensation. Au niveau du petit doigt on observe les mêmes modifications de sensibilité.

Sur la même région une deuxième exploration fut faite le lendemain avec un mélange réfrigérant donnant — 15° et le malade accusa une sensation de froid, mais la chaleur n'était pas perçue même à 85°.

2° Avant-bras. — A l'avant-bras droit, sur une tache située près de l'apophyse styloïde du radius, sensation de piquûre à zéro. Au centre de la plaque sensation de piquûre à 100 gr.

Sensibilité au froid à 0°, pas de sensation de froid ; pas de sensation de chaleur à 51°. Sur une tache à peine perceptible située vers le tiers inférieur de l'avant-bras, la sensation de contact existe, mais diminuée. Sensation de piquûre à 20 gr. ; sur un autre point de la même tache sensation de piquûre vers 50 gr. Sensibilité au froid à 0° : sensation de froid non perçue.

Sensibilité à la chaleur à 51°. Légère sensation ; la sensibilité à la chaleur a diminué, mais n'est pas éteinte. On se rend bien compte de ces modifications en comparant les divers modes de sensibilité au niveau des taches et au niveau des régions saines.

A l'avant-bras gauche, au niveau du quart supérieur de la région externe, sur une tache érythémateuse, une pression de 10 gr. donne au malade une sensation de piquûre légère ; la sensation est beaucoup plus nette à une même pression sur une région saine voisine de la tache.

Sensibilité à la chaleur à 77° : sensation perçue, mais diminuée. Sensibilité au froid à 0° : sensation perçue.

Thorax. — Région dorso-lombaire : sur les taches érythémateuses pigmen-

tées au nombre de 8 à 10, le malade éprouve la sensation de contact et la sensation de piqure entre 0 gr. et 10 gr. A 10 gr. la sensation de piqure est nette, mais elle est plus forte à côté de la tache qu'au niveau de celle-ci. Il en est de même pour la sensation de contact. Sensibilité au froid à 0° (même région) : sur les taches il ne sent pas le froid, mais à 2 centim. en dehors de la tache, la sensation du froid est nette ; répétée plusieurs fois, l'expérience donne le même résultat.

Sensibilité à la chaleur à 55°. Sur la même tache il ne sent pas le chaud, mais à 2 centim. en dehors, la sensation de chaleur est très nette.

Membres inférieurs :

1° *Pieds.* — Au niveau de la face dorsale du pied gauche, la sensation de contact est notablement diminuée, ainsi que sur la partie médiane de la crête du tibia. Sensation de piqure à 20 gr. Vers l'articulation tibio-tarsienne gauche et un peu au-dessus, sensation de piqure à 25 gr. ; plus haut sensation de piqure à 10 gr., mais en dehors de la tache la piqure est très nette. Pas de sensation de contact à 200 gr. au niveau du gros orteil gauche ; même fait pour le 4^e orteil ; en ce point, anesthésie douloureuse à époques irrégulières.

Sensibilité au froid à 0°, pas de sensation de froid.

Sensibilité à la chaleur à 40°, pas de chaleur perçue.

2° *Jambes.* — A la jambe droite au niveau du mollet, le malade sent la piqure à 100 gr. sur une tache, et en un autre point de la même tache sensation de piqure vers 80 gr. En dehors de la tache il sent la piqure à 10 gr.

Sensibilité à la chaleur à 60°, pas de sensation.

Sensibilité au froid à 0°, le malade accuse une sensation de fraîcheur.

3° *Cuisses.* — A la cuisse droite, sur une tache de la région trochantérienne, la sensation de contact est conservée, mais atténuée.

La sensation de piqure est perçue à 120 gr., tandis qu'elle est nette à 0° en dehors de la tache. Sur une autre tache placée à côté de la précédente, la sensation de piqure est nette à 10 gr.

Sensibilité au froid à 0° : sur les mêmes taches pas de sensation ; sensation conservée à 1 cent. des taches.

Sensibilité à la chaleur à 51° : pas de sensation de chaleur sur une tache à côté ; sensation de chaleur à peine perceptible là où le froid ne l'est pas.

Cette analyse montre les lois suivantes :

1° Les troubles sensitifs sont surtout accentués vers les régions qui avoisinent les extrémités : face, pieds, mains, avant-bras, jambes. Le tronc ne reste pas indemne ;

2° Les régions avec abolition totale de la sensibilité dans tous ses modes sont très circonscrites ;

3° La sensibilité au contact est conservée à des degrés divers, perçue tantôt sans pression, tantôt avec une pression qui varie de 0 gr. à 200 gr. et même plus. On trouve tous les intermédiaires ;

4° La sensibilité à la piqure est soumise aux mêmes règles ; elle est ordinairement altérée ; tantôt elle est perçue avec la pression normale de quelques grammes ; tantôt il est nécessaire d'exercer une pression de 200 gr.

Ces expériences montrent nettement la disparition de la sensibilité des régions superficielles aux régions profondes ;

5° La sensibilité des tubercules est toujours lésée : parfois les divers modes

de la sensibilité sont à peine touchés, mais ils le sont; tantôt la sensibilité est profondément atteinte;

6° La sensibilité au froid à 0° et à la chaleur à 50° est ordinairement diminuée à des degrés divers. On trouve la perception du froid éteinte avec une sensibilité à la chaleur persistant encore; l'inverse peut également se produire.

LES PREMIÈRES MANIFESTATIONS DE LA LÈPRE, TACHES ET MACULES, RENFERMENT DES BACILLES,

Par M. CH.-E. QUINQUAUD.

Les lésions primitives de la lèpre, sont-elles des troubles vaso-moteurs, produits par une irritation du système nerveux central, comme le veulent certains auteurs, en particulier César Boeck? L'agent lépreux porterait donc sa première action sur les centres médullaires et, à une période plus avancée, il se localiserait sur le système nerveux périphérique.

Une première objection à cette manière de voir se trouve dans notre étude des troubles sensitifs: nous venons, en effet, d'établir que sur tous les points que nous avons explorés, sur des taches, sur des macules évoluant sous nos yeux, nous avons pu dès le début constater des altérations de la sensibilité; il ne s'agissait donc pas là d'un simple trouble vaso-moteur.

Mais une seconde objection au moins aussi importante est la suivante: si l'on vient à faire une biopsie d'une de ces plaques qui s'est produite sous nos yeux, puis à mettre un fragment dans l'alcool, à traiter des couches fines par la rubine, à décolorer par l'acide nitrique au tiers, puis à recolorer par le bleu de méthylène, c'est-à-dire par la méthode d'Ehrlich, on voit nettement de nombreux groupes de bacilles colorés en rouge, les uns sont intra-cellulaires et renfermés dans de grandes cellules ou dans des cellules lymphatiques ou dans des espaces lymphatiques.

Ce n'est donc pas uniquement une action centrale, puisque l'agent infectant agit à la périphérie et que l'on peut expliquer ainsi les premières lésions de la lèpre.

Il en découle une notion importante qui va devenir un élément fondamental de diagnostic. On croit assez volontiers qu'il est facile de reconnaître la lèpre: le fait est exact pour le plus grand nombre de cas, mais parfois de très grandes difficultés surgissent surtout au début de certaines lésions. En pareil cas l'examen bactériologique des coupes rendra les plus grands services, puisqu'il permettra d'y déceler la présence du bacille lépreux.

OBSERVATION D'UN CAS DE SYPHILIDES PAPULO-SQUAMEUSES
EN CORYMBES

Par M. P. PORTALIER.

C'est à titre de singularité que je présente l'observation que voici, en abrégé.

Le sujet en cause est une femme de 40 ans, de bonne santé habituelle, entrée le 24 mars dernier, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Fournier (lit n° 31), et qui contracta la syphilis au mois d'octobre 1889, c'est-à-dire il y a 6 mois environ.

Deux chancres syphilitiques vulvaires. Accidents secondaires légers au début (plaques muqueuses buccales et amygdaliennes). Traitement spécifique assez régulièrement suivi.

Il y a trois mois, au commencement de février, en même temps que survenait une iritis double, apparition de quelques syphilides papulo-squameuses disséminées sur le visage. Bientôt après, apparition de cette même variété de syphilides sur le corps où, d'emblée, ces syphilides se disciplinent, si je puis dire, se réunissent en groupes en figurant par leur groupement le mode d'inflorescence désigné sous le nom de corymbe.

Ce qui est tout à fait particulier ici, c'est de voir, sur les très nombreux points du corps occupés par l'éruption, cette dernière affecter uniquement et de la façon la plus nette qu'il soit possible d'imaginer cette disposition en corymbe.

A peine si quelques papules isolées viennent çà et là dans les intervalles des corymbes troubler l'ordonnance de ce curieux mode éruptif.

L'éruption couvre la plus grande partie du corps. Les principaux groupes de papules occupent le ventre, la poitrine (au-dessus du sein droit), les deux avant-bras, la cuisse et le mollet droits, les régions dorsale et lombaire, et la région costale droite.

Au centre, papule unique de la dimension d'une grosse lentille ; à l'entour, aréole assez large de peau saine, aréole circonscrite elle-même par un nombre plus ou moins considérable de papules disposées circulairement sur un ou plusieurs rangs. D'abord assez petites, ces papules vont en augmentant de volume à mesure qu'elles s'éloignent du centre du corymbe, mais sans jamais atteindre la dimension de la papule médiane. Elles sont parfois tellement confluentes, tellement pressées les unes contre les autres qu'elles forment de véritables placards papuleux circulaires. C'est par poussées successives de groupes ainsi disposés que l'éruption se fait depuis deux mois. Sur les groupes anciens les papules sont remplacées par des macules correspondantes. Au niveau de l'aréole qui entoure la papule centrale, la peau apparaît comme décolorée. Je me suis assuré cependant que cette décoloration n'était que fictive. C'est un effet du contraste qui existe entre la blancheur de la peau saine en ce point et la teinte rosée ou rouge cuivrée des papules ambiantes. Aucun trouble de la sensibilité n'existe au niveau de cette aréole.

Sur une pièce du Musée (*Collect. génér.*, n° 192), qui représente une

syphilide papuleuse en corymbe, on n'observe qu'une aréole insignifiante.

J'ignore comment procède dans son développement chacun des groupes éruptifs, car ils étaient tous constitués lors de l'entrée de la malade à l'hôpital et, grâce à l'action du traitement, sans doute, il ne s'en est pas formé de nouveaux depuis cette époque. Au dire de M. le Dr Barthélemy, dans son remarquable article *Syphilides*, du *Dictionnaire* de Jaccoud, il apparaît d'abord la papule centrale autour de laquelle se groupent peu à peu les papules secondaires.

J'ai cru intéressant de rapporter l'observation sommaire de ce cas. Il est rare, en effet, de voir la syphilis montrer un tel ordre, une telle discipline, dans le groupement de ses premiers accidents éruptifs. Il est rare surtout, je le crois du moins, de rencontrer généralisée à un pareil degré cette disposition curieuse des syphilides secondaires, la disposition en corymbe. Je n'ai pour ma part rien trouvé de tel reproduit dans les atlas spéciaux que j'ai consultés à ce sujet.

M. A. FOURNIER. — Le point particulièrement intéressant de l'observation de M. Portalier est la généralisation à une grande étendue de la surface cutanée de cette forme rare de syphilide, qui présentait très nettement la forme en groupes avec des éléments satellites disposés autour d'un élément central plus développé.

DE LA PATHOGÉNIE DE QUELQUES DERMITES ARTIFICIELLES,

Par M. L. JACQUET.

Les aquarelles que je vous présente proviennent de coupes excisées biopsiquement sur un malade du service de M. E. Besnier. Cet homme (1), au moment de son entrée, avait la totalité de la peau rouge, tuméfiée, finement squameuse; par places, quelques efflorescences eczématisques. La tuméfaction était si considérable qu'il était impossible de faire un pli aux téguments, et si dure que le doigt ne pouvait qu'à grand'peine provoquer un godet très superficiel. La maladie avait débuté un an environ auparavant par des démangeaisons violentes, l'obligeant à se gratter avec fureur; puis graduellement survinrent la rougeur et la tuméfaction. Cet homme était fort, d'une constitution vigoureuse, mais alcoolique avéré.

Le diagnostic était fort difficile, et mon maître me demanda de faire

(1) L'observation détaillée que je dois à l'obligeance de mon collègue et ami Hauteceur sera publiée ultérieurement.

un examen histologique. Je pratiquai alors sur un moignon d'amputation (bras droit), lieu de début et siège maximum de la maladie, l'excision d'un fragment sur lequel je constatai des lésions très intenses de dermite aiguë diffuse. Après l'excision, j'appliquai intentionnellement sur le moignon un pansement ouaté légèrement compressif; le prurit cessa aussitôt et complètement dans la région enveloppée. Huit ou dix jours plus tard, j'enlevai le bandage et je constatai que le moignon était devenu flasque, que toute tuméfaction en avait disparu, et que ses téguments avaient, à peu de chose près, recouvré leur teinte et leur épaisseur normales. Je fis alors une deuxième excision et je pus juger au microscope, de l'apaisement considérable qui s'est fait dans ce court intervalle dans l'inflammation dermique; c'était, ou peu s'en faut, une coupe de peau normale.

Que conclure de cette expérience clinique? Je crois pouvoir rapprocher de ses résultats ceux que j'ai obtenus et signalés dans l'urticaire (*Annales de dermat. et de syph.*, 1887). J'ai montré, en effet, à cette époque que la peau dûment soustraite aux influences extérieures, dans les cas d'urticaire très intense, devient absolument indemne, que l'urtication spontanée n'existe pas, que toutes les élevures ortiées, quel que soit leur aspect, sont à proprement parler factices et artificielles. Je ne puis m'étendre davantage sur ce sujet, je me borne à dire que je considère le fait dont je vous entretiens aujourd'hui et ses congénères, comme connexes et justiciables d'une interprétation analogue. Ce sont des dermatoses consécutives à des irritations extérieures, quel que soit le mode, réflexe ou direct, par lequel agissent les irritations. Ici, comme dans l'urticaire, la vraie maladie est la névrose vaso-motrice, la manifestation cutanée aussi intense soit-elle, est secondaire. C'est un simple produit de la paralysie vasculaire. L'influence des agents extérieurs amène toujours, sur une peau à vaso-motricité normale une réaction plus ou moins vive, parfois traduite par un peu d'inflammation (dermite traumatique des auteurs). Que ces mêmes influences (grattages, frottements, contact, etc.) agissent, au contraire, sur des téguments à vaso-dilatation anormale, et l'on aura les élevures fugaces de l'urticaire. Et si ce trouble vaso-moteur est persistant, ou si les parois vasculaires sont anatomiquement altérées, alors les lésions dermiques deviendront plus profondes, plus diffuses, persistantes et l'épiderme s'altérera à son tour. Ainsi prendra naissance une dermite plus ou moins violente, généralisée comme dans ce cas, ou partielle, car de même qu'il y a des urticaires locales, de même aussi il peut y avoir des dermatites artificielles régionales, partielles, tout dépendant de la localisation de l'influence dynamique vaso-motrice.

Je crois que les cas analogues à celui que je viens de vous rapporter, et passibles de la même interprétation, ne sont pas très rares. Je crois, de plus, que certaines dermatoses de morphologie extérieure très diffé-

rente, pourront, sans trop forcer les faits, être comparées à ces dermites et rentrer dans le même cadre. Je citerai en particulier le *prurigo*, et quelques formes de lichen, le *lichen ruber acuminatus aigu* surtout. J'ai déjà réuni quelques observations qui me paraissent concluantes et j'y reviendrai : ce sont là autant de maladies du système nerveux, d'*angio-neuroses*, où les lésions cutanées, simples phénomènes contingents, qu'on supprimerait à volonté par un enveloppement méthodique, ont trop absorbé l'attention. Je demande à faire remarquer en passant, combien, si mon hypothèse est exacte, le langage dermatologique actuel est incorrect : on parle couramment dans ces cas d'éruptions qui deviennent *prurigineuses* ; il faudrait dire, renversant les termes, que le *prurit* devient *éruptif*, car le prurit est le plus souvent le précurseur et l'associé du trouble vaso-moteur.

Indépendamment des faits auxquels je viens de faire allusion, et où la névrose vaso-motrice, est à mon sens, primitive et pure, elle joue en outre un rôle secondaire dans un grand nombre de dermatoses et en particulier dans l'eczéma, et ainsi, bien plutôt que par le mécanisme du *bain permanent*, s'expliquent les bons effets de l'enveloppement, que les cliniciens ont si souvent constatés dans les affections cutanées. Je crois que l'observation sur laquelle repose cette étude est de nature à faire mettre en œuvre l'enveloppement de façon plus systématique, et à faire donner plus d'extension à ses applications. Mais j'ajoute en terminant, que pour obtenir des résultats comparables aux miens, on devra pratiquer un enveloppement hermétique et méthodique, absolument analogue aux appareils chirurgicaux. J'ai vu dans l'urticaire, par exemple, un bandage incomplet et mal fait exaspérer le prurit, alors que méthodiquement exécuté il le supprima complètement à l'instant même.

M. E. BESNIER. — Les faits énoncés par M. Jacquet sont des plus intéressants : il y a dans ces recherches tout un champ nouveau à explorer tant au point de vue théorique qu'au point de vue des applications thérapeutiques.

QUELQUES CAS DE ZONA SUIVIS DE TUBERCULOSE,

Par M. LEMONNIER, de Flers.

Si j'ai l'honneur de présenter aujourd'hui à la Société de dermatologie et de syphiligraphie, une note relative à six observations de zona, ce n'est certes pas pour m'étendre sur la symptomatologie bien connue de cette affection, mais parce que les opinions sont souvent contradictoires lorsqu'il s'agit de sa pathogénie.

Des six malades que j'ai eu l'occasion d'examiner, une seule présentait quelques signes de tuberculose pulmonaire lorsqu'elle vint me demander un conseil à propos d'un zona thoracique, et les cinq autres n'accusaient aucun antécédent indirect de tuberculose, n'avaient pas éprouvé d'accidents de scrofule, ne signalaient pas de symptômes rationnels de phthisie et rien ne pouvait faire soupçonner chez eux le développement de lésions tuberculeuses dans un avenir assez rapproché.

Bien que le zona soit une affection relativement assez rare, les travaux sur cette question se sont multipliés depuis quelques années et, si peu de bibliographie que l'on fasse, on prend connaissance de nombreux mémoires sur les cas de zoster chez les tuberculeux.

La raison qui m'a engagé à présenter ce travail est, comme je l'ai dit, l'absence de toute manifestation et de tout antécédent tuberculeux chez mes malades lors de l'apparition de l'éruption.

Quelques localisations m'ont paru également intéressantes. Je me propose d'y revenir sous forme de réflexions après avoir relaté mes observations.

OBSERVATION I. — *Enfant de 4 ans. — Zona du trijumeau suivi de méningite tuberculeuse huit mois après.* — Le 5 juillet 1885, j'étais appelé par un de mes clients pour examiner son enfant qui présentait, me disait-il, quelques boutons à la tempe droite. Le père, âgé de 45 ans, avait eu un rhumatisme généralisé. C'est le seul antécédent à signaler du côté paternel. Il n'y avait rien de spécial du côté de la mère qui était bien portante. L'enfant avait été élevé au biberon et avait eu un peu d'impétigo à l'âge de six ou sept mois. Ni maux d'yeux, ni maux d'oreilles, ni ganglions. Une rougeole comme antécédent direct et une bronchite aiguë six mois après, à trois ans. La veille du jour où j'étais appelé, sans prurit et sans douleurs névralgiques, l'éruption caractéristique avait paru. C'était surtout le long du filet temporo-facial qu'elle existait. Depuis l'oreille, immédiatement au-dessus du condyle du maxillaire inférieur, premier point, jusqu'à l'angle externe de la paupière supérieure, je remarquais quatre plaques rouges irrégulièrement arrondies ou ovalaires et présentant en moyenne une dizaine de vésicules. Ce zona, qui est précédé et accompagné plus souvent que tout autre chez l'adulte de douleurs névralgiques, ne donnait lieu à aucune réaction chez cet enfant. C'est un fait que M. le Dr Comby a du reste bien fait ressortir, que le zona infantile est le plus souvent exempt de douleurs. Il n'y avait en outre aucun trouble oculaire.

L'enfant ne parut pas souffrir de cette éruption qui ne laissa aucune cicatrice. Il eut une bronchite légère au mois de novembre suivant; elle n'eut aucun retentissement fâcheux sur son état général qui avait toujours été un peu débile, il est vrai, et fin février 1886, c'est-à-dire près de huit mois après, il présentait les symptômes d'une méningite tuberculeuse qui se terminait fatalement le 18 mars.

OBSERVATION II. — Il y a deux ans, une jeune fille de 19 ans vint à ma consultation. Elle souffrait beaucoup de douleurs névralgiques du côté droit

depuis une huitaine de jours et, la veille seulement, elle avait remarqué une éruption caractéristique de zona thoracique. De plus, elle toussait, et à l'auscultation on percevait des craquements à l'inspiration après la toux au sommet droit et de l'induration au sommet gauche. Je l'ai perdue de vue.

OBSERVATION III. — Double zona du plexus cervical superficiel chez une jeune fille de 22 ans, morte phthisique l'année suivante. — M^{lle} M... habite la campagne chez ses parents qui jouissent d'une bonne santé. Elle ne connaît pas de toussseurs dans sa famille. Sa grand'mère maternelle est morte d'une maladie de cœur et un frère a eu deux poussées d'eczéma. Agée de 22 ans, elle a été élevée au biberon, n'a jamais eu d'impétigo, de maux d'yeux, ni de maux d'oreilles. La seule maladie qu'elle se rappelle est une variole légère en 1870. Régliée à 14 ans 1/2 régulièrement, elle n'a jamais été malade depuis. Il y a sept à huit jours, elle commença à souffrir de douleurs, qu'elle m'a qualifiées d'atroces, dans la région occipitale et tout autour du cou.

Trois jours après l'éruption apparut. Elle est presque confluyente à la nuque et près de la racine des cheveux des deux côtés ; puis, à partir du bord postérieur du sterno-cléido-mastoldien droit, on constate neuf groupes de vésicules, plus quelques-unes isolées et à gauche six groupes moins importants. Le groupe situé le plus bas est au niveau de la clavicule droite. La durée de la maladie fut de six semaines environ et elle laissa après elle quelques cicatrices. Ces accidents se produisirent en mars 1887. L'appétit disparut d'une façon notable et ne reparut plus. La malade maigrit pendant le printemps et le commencement de l'été malgré un régime tonique, éprouva de l'essoufflement après la marche, et, en septembre, se mit à tousser. Je la revis à ce moment. De l'induration du sommet gauche avec souffle était manifeste ; des sueurs parurent au réveil, et dès novembre j'entendais des râles sous-crépitaants au sommet. En mars 1888, c'est-à-dire un an après l'apparition du zona, elle mourait d'une poussée de broncho-pneumonie au sommet gauche.

OBSERVATION IV. — Zona lombo-abdominal en 1885 chez une femme de 57 ans, morte phthisique à 61 ans. — M^{me} B... est née en 1828. Son père est mort à 60 ans d'un ramollissement cérébral dont les premiers symptômes avaient débuté quelques années avant, alors qu'il jouissait d'une très bonne santé ; sa mère est morte à 85 ans d'une fluxion de poitrine sans avoir jamais éprouvé de maladies antérieures ; un oncle paternel fut amputé d'un avant-bras pour une tumeur au sujet de laquelle je n'ai pu obtenir de renseignements, mais après l'opération la tumeur récidiva et le malade mourut ; un autre oncle, également du côté du père, fut atteint de ramollissement cérébral ; une sœur existe encore et jouirait d'une bonne santé si elle n'était un peu obèse et variqueuse. Notre malade, très brune, d'une constitution moyenne et bien moins forte que ses ascendants, fut un peu chlorotique vers l'âge de 16 ans. Mariée à 23 ans elle a eu, en douze ans, cinq enfants, le premier à sept mois et les quatre autres à terme ; les trois derniers, élevés au biberon, sont morts en nourrice de gastro-entérite. Celui qui a survécu est légèrement arthritique (quelques varices et craquements articulaires). Veuve à 36 ans, la névropathie reparut et s'accrut à la suite de certaines difficultés de l'existence. Un an après son veuvage, elle fut opérée d'un polype muqueux de l'utérus. L'impres-

sionnabilité augmenta sans qu'il y ait jamais eu aucune attaque de convulsions hystériques. En juillet 1885, sans refroidissement, sans émotion morale, et dans le courant de l'année où elle eut le plus de satisfaction, elle fut atteinte d'un zona lombo-abdominal du côté droit. Trois années se passèrent encore bien, puis elle éprouva de la dyspnée après la marche, des palpitations de cœur plus accusées sans lésion d'orifice et se mit à tousser. Elle prenait peu de nourriture depuis longtemps et enfin, au mois de janvier 1889, les signes stéthoscopiques de la tuberculose pulmonaire furent appréciables aux deux sommets. La marche fut très rapide pour une personne de cet âge, puisqu'elle mourait au mois de juillet de la même année.

OBSERVATION V. — M^{lle} C..., âgée de 56 ans, a encore ses parents. Sa santé a toujours été bonne, nous dit-elle; elle n'accuse aucune maladie antérieure et n'a pas eu d'accidents scrofuleux pendant son jeune âge. Blonde, d'une taille au-dessous de la moyenne, mais assurément très nerveuse, elle éprouva des douleurs intercostales très vives du côté gauche au mois d'octobre dernier; le 3^e jour, un zona faisait son apparition. Je tiens à faire remarquer ici que la veille du jour où cette femme éprouva les premières douleurs, elle eut très froid. Trois semaines après l'apparition de l'éruption, et alors qu'elle ne souffrait pour ainsi dire plus, une toux sèche, quinteuse surtout la nuit, très pénible en un mot, continua à faire souffrir la malade au point qu'elle ne dormait plus et que l'appétit qui avait disparu ne revenait pas. Un léger mouvement fébrile s'accusait vers 6 heures le soir. Des râles très fins s'entendaient à l'inspiration et à l'expiration au sommet gauche, et dans la moitié supérieure du même poumon un souffle assez accusé. Actuellement le poumon gauche est presque complètement envahi. Cette femme a soigné sans la quitter la malade qui fait l'objet de ma 4^e observation pendant les six derniers mois de son existence, c'est-à-dire pendant tout le temps de l'évolution de sa phtisie.

OBSERVATION VI. — M. L... est âgé de 40 ans. Il est le fils d'une mère épileptique et un oncle maternel était atteint de la même névrose. Rien de bien particulier en dehors de ces antécédents indirects, et chez le malade je n'ai à signaler qu'un peu d'éthylisme. Ni syphilis ni accidents de scrofule ou de tuberculose à noter tant chez ce malade que chez ses ascendants. Au mois de juin dernier, il me consulte pour un zona du sciatique à droite. L'éruption était disparue depuis une quinzaine de jours lorsqu'au mois d'août il vient à nouveau me demander un conseil; tout tremblant il me fait remarquer que ce qu'il éprouve date déjà d'une huitaine de jours, mais il n'osait venir me consulter. Une ulcération siège sur le gland à gauche et un peu en haut. Cette ulcération, qui se prolonge jusqu'au méat, a dans son plus grand diamètre environ douze millimètres; elle est irrégulièrement ovalaire et à bords inégalement festonnés. Je ne puis pas dire que les bords sont taillés à pic; il y a tout au plus une légère dépression à peine sensible, sans aucune induration appréciable, le fond est blanc jaunâtre et sans suppuration. Cette ulcération est indolore et change un peu de caractère sur la partie de la muqueuse uréthrale où elle se prolonge sur une étendue de deux millimètres environ. A cet endroit la muqueuse est un peu plus rouge, sans dépression aucune, c'est-à-dire que les bords sont sur un même plan que le prolongement de l'ulcéra-

tion et, au lieu de la couleur blanc jaunâtre, il existe quatre à cinq petits points jaunes de la grosseur de grains de mil.

En face de ces caractères et surtout de ceux que présente la muqueuse, je crois devoir éliminer de mon diagnostic le chancre mou, le chancre induré, et, je le dis aussi pour éviter toute objection, l'herpès ou une dernière poussée éruptive du zona. Mon malade qui est marié vit depuis deux mois en célibataire, par suite d'un voyage de sa femme dans sa famille et il ne s'est pas exposé à une contagion. Il me fait remarquer que le début de l'ulcération n'a eu rien de comparable à l'évolution des vésicules du zona. La lésion a eu d'emblée les caractères qu'elle présente; enfin j'insiste particulièrement sur le semis de points jaunes qui se trouvent sur la muqueuse de l'urèthre, ce qui me fait diagnostiquer une ulcération tuberculeuse. Je croirai avoir levé tous les doutes lorsque j'aurai signalé une induration des deux épидидymes sans blennorrhagie antérieure. L'état général du malade est bon et il n'y a pas d'autres signes de tuberculose. Le toucher rectal ne m'apprend rien quant aux vésicules séminales qui me paraissent saines. Pas de ganglions de l'aîne. L'ulcération a guéri après quarante et quelques jours d'un pansement à la vaseline iodoformée recouverte de gaze iodoformée. Le temps qu'a nécessité le traitement pour arriver à la guérison contribue aussi à éliminer l'idée d'un herpès ou d'une nouvelle poussée de zona.

En résumé, si nous écartons l'observation II dont le sujet était manifestement phthisique au moment de l'apparition du zoster, nous relatons les observations de cinq malades chez lesquels nous ne rencontrons aucune manifestation de scrofule ou de tuberculose dans les antécédents indirects ou directs, chez lesquels aussi un zona se développe et qui deviennent tuberculeux dans l'observation I, huit mois; dans l'observation III, six mois; dans l'observation IV, quatre ans et demi; dans les observations V et VI de dix jours à trois semaines après l'éruption.

De plus, le sujet de l'observation I avait un zona du trijumeau et mourut de méningite; celui de l'observation VI avait un zona du sciatique et chez ce dernier la localisation tuberculeuse résidait dans les organes génitaux.

La malade (obs. V) qui soigna pendant six mois cette dame morte phthisique en juillet 1889 après avoir eu un zona en juillet 1885 peut être considérée, il est vrai, comme présentant une tuberculose de contagion.

Deux de mes malades (obs. IV et V) étaient manifestement nerveuses et un (obs. VI) fils et neveu d'épileptique.

Un (obs. VI) était éthylique et par conséquent dyspeptique.

Chez tous je rencontre des antécédents indirects d'arthritisme.

Enfin, dans l'observation V, le froid pourrait être incriminé.

Ces observations sont trop peu nombreuses pour que j'ose tirer des conclusions.

La tuberculose existait-elle déjà sans avoir donné lieu à des signes physiques appréciables, et, si oui, ne pouvait-elle pas agir sur le système nerveux soit en irritant les ganglions spinaux, soit en détermi-

nant une névrite même infectieuse? C'est la seule réflexion que je me permette de faire.

HYDROA BUCCAL PSEUDO-SYPHILITIQUE,

Par M. G. BAUDOUIN.

J'ai observé dans le service de M. le professeur Fournier, lorsque j'avais l'honneur d'être son interne, deux cas d'érythème hydroïque polymorphe dont les manifestations buccales revêtaient un aspect tellement particulier que j'ai cru intéressant de les communiquer à la Société.

Le premier des deux malades, garçon vigoureux âgé de 27 ans, était porteur, au moment où il entra à l'hôpital, d'une éruption d'érythème hydroïque polymorphe, ayant débuté quinze jours auparavant, et dont les éléments, arrivés à différentes périodes de leur évolution, étaient disséminés et très inégalement répartis sur diverses régions du corps.

Une fois déjà, trois mois avant, des manifestations semblables s'étaient produites et, après avoir occupé différents points du tégument, avaient disparu assez rapidement, presque sans traitement.

Quant aux lésions cutanées dont nous fûmes témoins, elles offraient tous les caractères objectifs des éruptions érythémateuses polymorphes décrites si fréquemment depuis quelques années, aussi ne présentaient-elles aucun intérêt particulier, tandis qu'il en était tout autrement des altérations de la muqueuse buccale.

Sur les deux lèvres, d'abord, de chaque côté de la ligne médiane, on voyait quelques petites plaques rouges dont chacune portait à son centre une petite tache opaline dans laquelle une observation attentive permettait de reconnaître une vésicule affaissée. En outre, chaque lèvre présentait à ses deux extrémités, près des commissures, une petite érosion arrondie, de la largeur d'une lentille, à fond uni, un peu lisse par places, et d'une coloration rouge foncé.

Sur la face interne des joues, en différents points de la langue et du palais, on constatait des lésions semblables aux précédentes; mais on remarquait particulièrement deux plaques plus larges que les autres, constituées chacune par la réunion d'un certain nombre d'éléments groupés ensemble et ayant évolué simultanément, occupant l'une la partie médiane du palais, l'autre la face dorsale de la langue.

Toutes ces lésions de la muqueuse buccale et des lèvres présentaient les caractères objectifs des plaques muqueuses excoriées et circonscrites qu'on observe chez les fumeurs particulièrement et, ainsi que nous le faisait observer M. le professeur Fournier, c'était là de la « pseudo-syphilis » par excellence.

A quelque temps de là, un second malade comparable au précédent se présenta dans le service de la Clinique. C'était un homme de 31 ans, alcoolique avéré, qui avait fait un premier séjour dans le service de M. le Dr Vidal, deux ans auparavant, pour un érythème généralisé. Lorsque nous le vîmes, il présentait, sur les membres et la verge, une éruption d'érythème hydroïque d'aspect caractéristique qui évolua sous nos yeux sans se signaler par aucune particularité digne d'attention. Mais il n'en était pas de même du côté de la muqueuse buccale qui était le siège de lésions vraiment remarquables par leur apparence spécifique. Sur la lèvre inférieure, en effet, on voyait, à sa partie médiane, une saillie papuleuse large comme l'ongle, arrondie irrégulièrement, d'un rouge intense par places, tandis qu'en d'autres points on parvenait à l'aide de la loupe à y distinguer de petites érosions grisâtres, vestiges de vésicules affaissées.

Quelques petites érosions semblables aux précédentes, reposant aussi sur une saillie légèrement papuleuse, occupaient la moitié droite de la même lèvre.

La lèvre supérieure présentait sur sa face muqueuse de petites érosions miliaires, grosses comme une tête d'épingle, à contours circulaires et à surface lisse et rouge.

La langue offrait, dans la région de la pointe, des plaques érosives irrégulières, de dimensions variables, d'un rose pâle surtout à leur périphérie, d'un rouge purpurin sur le reste de leur étendue. En arrière, la face dorsale et les bords portaient une série de plaques rouges subérosives. Toutes ces lésions donnaient à l'organe un aspect syphiloïde rappelant ces glossites dues au développement de syphilides secondaires confluentes, rouges et subérosives.

Sur l'un des piliers du voile du palais, une plaque d'un blanc grisâtre, allongée, irrégulièrement ovoïde, présentait toutes les apparences d'une syphilide muqueuse. Sur différents autres points de la muqueuse palatine et sur l'amygdale gauche, qui était tuméfiée, se voyaient de petites érosions de diamètre assez petit, et de couleur rouge. Toutes ces altérations de la muqueuse bucco-pharyngienne, par leur localisation et leurs caractères objectifs, en imposaient pour des manifestations spécifiques. Cependant, sur la face interne des joues, à côté d'érosions semblables aux précédentes, apparaissaient encore quelques petites vésicules opalines entourées d'une zone congestive dont la présence eût été suffisante pour prévenir une erreur d'interprétation à défaut de tout autre élément de diagnostic. Ici, en effet, de même que dans notre première observation, celui-ci était facilité par la coïncidence de l'éruption cutanée dont les caractères ne prêtaient nullement à l'équivoque. Mais, dans des cas analogues, en l'absence des particularités qui chez nos deux malades nous ont permis d'éliminer la syphilis, le diagnostic pourrait présenter les plus grandes difficultés.

M. A. FOURNIER. — Les deux observations de M. Baudouin sont très intéressantes car elles ont trait à une lésion qui peut en imposer pour la syphilis. S'il y a quelque chose dans la bouche qui simule la syphilis, c'est l'hydroa buccal : il a un aspect tellement syphiloïde que les médecins adonnés spécialement à la pratique de la syphiligraphie peuvent s'y méprendre. Il y a quelques années, je fus mandé pour voir une jeune fille de 17 ans chez laquelle son médecin ordinaire avait diagnostiqué la syphilis : on me demandait non pas de confirmer un diagnostic qui, malgré l'in vraisemblance de cette affection chez la jeune fille en question, paraissait indiscutable, mais simplement d'instituer un traitement. En effet, à l'examen de la muqueuse buccale, je trouvai des lésions qui offraient une ressemblance objective parfaite, idéale, avec celles de la syphilis ; mais, en procédant à un examen complet de la surface cutanée, pour constater les autres manifestations de cette syphilis, je trouvai sur le poignet quelques éléments érythémateux offrant les caractères assignés à l'hydroa : ce fut là, pour moi, une révélation subite et, comme il n'y avait aucune trace de syphilides cutanées, je redressai immédiatement le diagnostic. En effet, sans aucun traitement autre que des lavages à l'eau de guimauve, les lésions buccales disparurent complètement et pendant plusieurs mois j'ai suivi cette jeune fille sans voir apparaître aucun accident syphilitique. Or, les lésions cutanées de l'avant-bras qui m'ont permis de reconnaître la nature véritable de la maladie sont contingentes, elles pouvaient manquer et, sans leur présence, je n'aurais pas hésité à accuser la syphilis.

M. BARTHÉLEMY. — En 1882, j'ai fait sur ce sujet une communication à la Société de médecine légale et M. Brouardel fit remarquer à ce propos que des erreurs pouvaient être causées par de semblables lésions dans des expertises médico-légales.

M. C. MAURIAC. — Le diagnostic de semblables lésions, déjà très embarrassant chez des sujets non syphilitiques, l'est bien plus encore chez des sujets qui ont eula syphilis. Au point de vue pratique, tant dans l'intérêt du malade que pour prévenir la contagion possible s'il s'agissait véritablement de syphilides, je crois qu'il faut considérer et traiter comme syphilitiques les lésions suspectes de la bouche qui se produisent dans les quatre ou cinq premières années de la syphilis.

M. E. BESNIER. — Non seulement le danger d'une erreur de diagnostic existe tel qu'il a été signalé par M. Fournier, mais il est encore beaucoup plus grand : les lésions cutanées de l'érythème hydroïque peuvent affecter les caractères des plaques cutanées syphilitiques et Kaposi, dans ses leçons, expose les éléments du diagnostic des deux maladies. J'ai vu,

pour ma part, un certain nombre de cas très embarrassants, dans lesquels des éléments hydroïques présentaient une croûte centrale et avaient tous les caractères de la plaque syphilitique.

KYSTES CONGÉNITAUX DU SCROTUM (PRÉSENTATION DE MALADE),

Par M. le Dr HEUYER

Médecin-major de 1^{re} classe au 11^e régiment d'artillerie.

Lam., . . . , 2^e canonnier-conducteur, exerçant avant son entrée au service la profession de cultivateur, est âgé de 22 ans.

Antécédents de famille. — Son père et sa mère sont bien portants ; il est fils unique. Aucune maladie diathésique à noter dans sa parenté.

Antécédents personnels. — Jusqu'à son arrivée au corps, Lam. a toujours eu une excellente santé, il n'a même pas été éprouvé par les maladies banales de l'enfance.

État de santé à l'arrivée au corps, le 11 novembre 1889 : Taille 1^m,76, constitution forte. — On a noté, comme défectuosité, la présence de deux petites tumeurs dans la région scrotale.

Ces tumeurs sont congénitales. Le malade est très affirmatif sur ce point ; sa mère lui a souvent répété qu'elles avaient été constatées au moment de sa naissance.

Elles n'ont jamais été douloureuses et depuis bien des années n'ont changé ni de volume, ni d'aspect. Cependant, sous l'influence des exercices d'équitation, elles paraissent avoir un peu progressé depuis l'incorporation et elles occasionneraient une certaine gêne. C'est pour cette raison que cet homme est entré à l'hôpital militaire de Versailles dans le service du médecin-chef, M. le médecin principal Dieu.

État actuel. — Les deux tumeurs en question sont situées très exactement sur le raphé médian du scrotum et dans son tiers postérieur. Il faut relever assez fortement les bourses pour les bien mettre en évidence.

Elles siègent manifestement dans l'épaisseur de la peau qui glisse facilement sur les tissus sous-jacents. Le tégument qui les recouvre est mince, lisse, de couleur normale.

De consistance molle, rénitentes, nettement fluctuantes, elles ne sont pas translucides.

L'antérieure est sessile, se prolonge en avant dans une étendue de trois centimètres sur une largeur d'un centimètre et présente, à sa partie déclive, une saillie qui a le volume d'un gros pois. La postérieure, plus volumineuse, réniforme, est nettement pédiculée.

Ces deux tumeurs sont distantes de deux centimètres à deux centimètres et demi et semblent réunies par un mince cordon qu'on sent dans l'épaisseur de la peau, mais elles ne communiquent pas entre elles et ne sont en aucune façon réductibles.

A leur surface, il n'existe pas trace d'orifice ni de cicatrice.

On peut se demander s'il s'agit d'un nævus, d'un kyste sébacé (molluscum) ou d'un kyste dermoïde. Les caractères de ces tumeurs, et en particulier leur siège sur le raphé, leur origine congénitale nous paraissent favorables à cette dernière opinion.

Quoi qu'il en soit, M. le médecin-principal Dieu a pensé que ce fait, en raison de sa rareté, méritait d'appeler l'attention.

P.-S. — Après la présentation du malade, les deux kystes ont été enlevés et confiés à M. le Dr DARIER, qui a bien voulu se charger de l'examen histologique : les résultats de cet examen seront ultérieurement communiqués à la Société.

(Une photographie représentant les lésions du scrotum, a été offerte à la Société par M. le Dr Heuyer et déposée à la Bibliothèque médicale de l'hôpital Saint-Louis.)

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU 12 JUIN

Présentations de malades.

M. HALLOPEAU : 1° Épithélioma développé sur un syphilome lingual.

2° Traitement d'un impétigo chronique du bord libre des lèvres par les scarifications.

M. BROcq : 1° Syphilis tertiaire ou réinfection.

2° Variété rare de dermatite herpétiforme (éruption urticarienne, circonscrite, extensive, avec pigmentation consécutive.

Communications.

M. OUDIN : Note sur l'atrophie musculaire blennorrhagique.

M. A. RENAULT : Observation de tabes aigu, d'origine syphilitique, suivie de quelques considérations sur les myélites de même nature.

M. BARTHÉLEMY : Résultats comparés de vingt-sept autopsies de fœtus ou enfants mort-nés hérédosyphilitiques.

M. JACQUET : Nouvelles remarques sur les dermatoses vaso-motrices.

SÉANCE DU 12 JUIN 1890

Présidence de M. le professeur Hardy.

SOMMAIRE.— Présentation d'ouvrages. — Kystes congénitaux du scrotum (examen histologique) par M. J. DABIEB. (Addition à la communication faite par M. le D^r HEUYER à la séance du 8 mai.) — Variété fruste de dermatite herpétiforme, par M. L. BROCC. (Discussion : MM. DU CASTEL, ERN. BESNIER.) — Présentation d'une malade atteinte de dermatite herpétiforme, par M. MOBEL-LAVALLÉE. (Discussion : MM. HARDY, VIDAL, BROCC, ERN. BESNIER.) — Sur une forme végétante de syphilome lingual et son diagnostic avec l'épithélioma, par M. HALLOPEAU. (Discussion : MM. FOURNIER, OZENNE, ERN. BESNIER, LAILLER, HARDY, VIDAL, MAURIAC.) — Traitement d'un impétigo rebelle du bord libre des lèvres par les scarifications linéaires, par M. HALLOPEAU. (Discussion : MM. LAILLER, VIDAL, ERN. BESNIER.) — Passage du mercure de la mère au fœtus dans le traitement antisiphilitique fait pendant la grossesse, par M. CATHELINEAU. — Élections.

PRÉSENTATION D'OUVRAGES

M. VIDAL offre à la Société le deuxième fascicule du **TRAITÉ DES MALADIES DE LA PEAU**, publié en collaboration avec M. Leloir. Ce fascicule contient l'étude des maladies suivantes : Bouton des pays chauds. — Canitie. — Charbon bactérien. — Chéloïde. — Colloïd. — Milium. — Cor. — Cornes cutanées. — Cysticerque. — Dermatitis exfoliantes.

M. HENRI FEULARD offre le premier exemplaire paru des **Comptes rendus du Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie de 1889**.

M. PUY LE BLANC envoie une brochure intitulée : **DE L'ECZÉMA, SON TRAITEMENT PAR LES EAUX MINÉRALES ET LES MOYENS THÉRAPEUTIQUES ORDINAIRES**.

KYSTES CONGÉNITAUX DU SCROTUM (EXAMEN HISTOLOGIQUE)

Par M. J. DARIER.

(Addition à la communication faite par M. HEUYER à la séance du 8 mai.)

La dissection de la pièce qui m'a été remise a démontré d'abord que les tumeurs sont bien des kystes ; ils communiquent entre eux par un canal étroit, situé au sein du cordon qu'on sentait dans l'épaisseur de la peau. Le calibre de ce canal admet une sonde cannelée, et cependant on ne peut faire refluer le contenu de l'une des cavités dans l'autre, à cause de sa consistance pâteuse. Mais il est évident qu'il s'agit en réalité d'un seul kyste en bissac, étranglé à sa partie moyenne comme une bourse, et renflé à ses extrémités dont l'une pourrait loger une noisette et l'autre un gros haricot.

La surface interne du kyste est parfaitement lisse et unie dans les portions dilatées ; on n'y aperçoit aucune saillie, aucun poil, ni aucune dépression glandulaire ; quand on l'a nettoyée elle ressemble à la surface d'une muqueuse lisse telle que celle des lèvres ou du gland. Au niveau du canal on constate la présence de plis longitudinaux.

L'épaisseur de la paroi est variable selon les points ; elle est très faible là où le kyste affleure à la surface de la peau et la distend.

Le contenu du kyste a la même apparence dans les deux poches et dans le canal ; il est très épais, homogène et onctueux, et ressemble à du mastic de vitrier dont il a d'ailleurs la couleur jaune brunâtre. L'examen le plus attentif n'y fait reconnaître à l'œil ni la présence d'aucun poil ni d'aucun autre produit figuré.

L'examen microscopique a porté sur le contenu et sur des coupes de la paroi du kyste.

Le contenu apparaît au microscope presque uniquement composé de cellules épithéliales cornées, très minces et généralement plissées, sans noyau ou seulement avec un rudiment de noyau que décèle l'action d'une solution iodée. Ces cellules se colorent en jaune pâle par le picro-carminate, en gris plus ou moins foncé par l'acide osmique, ce qui indique qu'elles sont imbibées de graisse ; elles se gonflent et se transforment en utricules sous l'influence de la potasse à chaud, comme les cellules parfaitement kératinisées.

Parsemés au milieu des cellules cornées, on observe en outre un assez grand nombre de corps lenticulaires, granuleux et réfringents, jaunâtres, à structure vaguement concentrique, qui se brisent en fragments irréguliers quand on les écrase, se colorent faiblement et inégalement en rose par le picro-carminate et en jaune par l'acide osmique, ne se dissolvent pas dans l'acide acétique ou chlorhydrique. L'aspect de ces corps lenticulaires est très particulier et je ne les ai vus décrits nulle part. Ce qui démontre leur nature c'est l'action de l'éther ou des essences ; les granulations réfringentes étant dissoutes dans ces conditions on n'a plus sous les yeux qu'une cellule. Ce sont donc des cellules épithéliales remplies non de graisse, mais probablement de cristaux d'acides gras.

Enfin la matière sébacée du kyste renferme encore, mais en moindre abondance, des paillettes de cholestérine, des gouttelettes de graisse libre, et quelques cristaux assez rares.

La structure de la paroi du kyste a été étudiée sur des coupes d'ensemble portant sur l'une des poches, avec les tissus voisins et notamment la peau sus-jacente, et, d'autre part, sur des coupes de différents points de la paroi, en particulier sur le canal de communication entre les deux poches. Les pièces ont été durcies par l'alcool.

On constate que le kyste siège en plein derme ou plus exactement au milieu de la couche musculaire qui double le derme dans cette région ; les faisceaux du dartos passent en effet les uns au-dessus, les autres au-dessous du kyste.

La structure de la paroi est des plus faciles à définir : c'est en effet celle d'un kyste dermoïde de la première variété. Elle est donc constituée : 1° extérieurement par un tissu conjonctif feutré, à surface plane dans les parties renflées du kyste, ou plissée au niveau du canal ; 2° par un épiderme qui se présente avec les mêmes caractères que celui de la peau. On y reconnaît un corps muqueux un peu mince, une couche granuleuse munie d'éléidine, et une couche cornée dont les cellules superficielles sont en desquamation et tombent dans la cavité du kyste. Les cellules du revêtement épidermique sont toutes assez aplaties dans certaines régions, d'où une épaisseur moindre de l'épiderme dans son ensemble ; ailleurs cette épaisseur est la même que celle de l'épiderme du scrotum.

En aucun point on ne trouve de follicules pileux, de glande sébacée ou sudoripare ; j'ai dit que les papilles elles-mêmes faisaient défaut ; par places on aperçoit cependant des plis qui simulent des papilles. Si bien qu'à l'examen d'une coupe portant à la fois sur la peau et sur la paroi du kyste, il faut une certaine attention pour distinguer l'une de l'autre ces deux surfaces ; on n'a pour se guider que la plus grande abondance des papilles dans la peau, la pigmentation plus foncée de l'épiderme, et la présence de follicules pilo-sébacés ; encore ces derniers sont-ils très rares et très espacés au niveau du raphé du scrotum.

On pourrait affirmer qu'il s'agit d'un kyste dermoïde, et non d'un kyste sébacé, même en l'absence de renseignements sur l'ancienneté de la tumeur, sur son siège exactement médian, et par des raisons purement histologiques. Un kyste sébacé serait en effet en dehors du dartos et non compris dans son épaisseur ; on y trouverait des cellules en dégénérescence sébacée ; il serait exceptionnel de trouver dans son épiderme une couche granuleuse continue et bien munie partout d'éléidine.

Qu'il nous soit permis en terminant d'attirer l'attention sur les particularités qui font l'intérêt spécial du cas de M. le Dr Heuyer. Les kystes dermoïdes du scrotum sont relativement rares ; on décrit généralement sous ce nom des tumeurs qui sont latérales, en relation plus ou moins directe avec l'un des testicules et presque toujours situées entre la vaginale et la glande spermatique ; ces kystes dermoïdes appartiennent dans tous les cas à la 2° ou même à la 3° variété, c'est-à-dire que leur structure est complexe, qu'ils renferment des poils, des glandes, des pièces osseuses, même des parties fœtales.

Ici nous avons affaire à tout autre chose ; le kyste est superficiel, exactement sur le raphé médian, et sa structure est celle d'un kyste dermoïde des

plus simples. Ce cas doit être des plus rares, tout à fait exceptionnel même; car dans le *Traité des kystes congénitaux* de MM. Lannelongue et Achard, publié en 1886, ces auteurs n'en citent pas un seul exemple, quoiqu'ils aient réuni toutes les observations connues de kystes dermoïdes.

Et cependant la présence d'un kyste dermoïde dans cette région s'explique très facilement; on peut même dire que le cas actuel vient à l'appui de la théorie de l'enclavement. On sait en effet que le scrotum est formé par la réunion des deux replis génitaux; le sillon génital se ferme chez l'homme dans la première moitié du 4^e mois, d'après Kölliker. On comprend aisément qu'une certaine partie de l'ectoderme se soit laissé isoler au moment de la soudure des deux lèvres, ait été emprisonnée au sein des tissus et ait donné lieu à ce kyste dermoïde à structure simple, mais présentant cette curieuse forme en bissac.

VARIÉTÉ FRUSTE DE DERMATITE HERPÉTIFORME (ÉRUPTION URTICAIRIENNE D'ASPECT, A EXTENSION CENTRIFUGE AVEC PIGMENTATIONS CONSÉCUTIVES ÉVOLUANT PAR POUSSÉES SUCCESSIVES)

Par M. L. Brocq.

L'observation que je vais relater paraît être au premier abord un type clinique bien à part, ne ressemblant nullement à ce qui a été décrit jusqu'à ce jour. J'espère pouvoir démontrer qu'il n'en est rien, et que, grâce aux derniers travaux sur les dermatites polymorphes douloureuses, nombre d'affections considérées jusqu'ici comme insolites et comme incompréhensibles ont leur cadre nosologique nettement fixé et définitivement établi.

Voici d'abord le fait en question :

Le 25 octobre 1889, alors que je remplaçais M. le Dr E. Besnier dans son service de l'hôpital Saint-Louis de Paris, je reçus une jeune blanchisseuse de 21 ans, venue directement de Toulouse pour se faire soigner d'une affection cutanée rebelle.

Comme antécédents morbides, elle présente un nervosisme accentué qui se manifeste par une impressionnabilité excessive : il est probable qu'elle a eu plusieurs attaques d'hystérie.

Réglée à 11 ans, elle a eu à 13 ans et demi un enfant à terme qui vit encore; pendant cette grossesse elle a perdu ses cheveux qui ont ensuite repoussé. Il est possible qu'elle ait eu, à ce moment-là, la syphilis, car pendant son séjour à l'hôpital Saint-Louis on a constaté chez elle des manifestations spécifiques tertiaires indéniables.

Ses parents n'ont rien présenté de notable : sa mère aurait eu cependant, à sa connaissance, une poussée d'urticaire d'une dizaine de jours de durée.

Il y a 4 ans environ, la malade passait dans les rues de Toulouse avec son

enfant : elle fut brusquement renversée par une voiture : bien qu'elle n'eût éprouvé aucun traumatisme grave, elle ressentit une violente émotion ; ses règles s'arrêtèrent brusquement, et ne reparurent que trois mois après. Dès le soir ou dès le lendemain même de l'accident, elle vit se produire, vers la partie supérieure et interne des cuisses, de petites taches rouges, semblables à des piqûres de moustiques, et qui devenaient assez rapidement blanches au centre. On la soigna d'abord pour une urticaire. Au bout d'une quinzaine de jours, voyant que l'éruption persistait, elle se rendit à la consultation externe de l'hôpital de Toulouse où le médecin, trompé sans doute par ses antécédents de syphilis, la soigna pour cette affection et lui fit prendre en 20 jours sept bains de sublimé. Elle présentait à ce moment trois plaques rouges circonscrites ayant les dimensions d'une pièce de 2 francs, à bords surélevés, à centre affaissé, siégeant sur la cuisse gauche. Ces éléments restèrent isolés pendant une huitaine de jours, puis ils s'étendirent peu à peu ; il s'en produisit d'autres, et le 20^e jour du traitement antisiphilitique, l'éruption avait envahi la cuisse droite, puis les jambes, la poitrine, le ventre, et avait ainsi gagné presque tout le corps, à l'exception de la figure et des bras qui restèrent indemnes.

Elle entra alors à l'hôpital, où on lui donna d'abord de la liqueur de Van Swieten, qu'elle supporta fort mal, puis de l'arsenic.

Au point de vue local, on lui fit pendant 20 jours des applications d'acide pyrogallique, puis on la soumit au traitement de la gale. A la suite de cette dernière médication, il se produisit, suivant l'expression de la malade, *des boules remplies d'eau et de sang, qui se desséchaient, formaient des croûtes*, lesquelles tombaient en laissant des cicatrices (probablement des pigmentations) : cette *période bulleuse* de l'affection dura de deux à trois mois.

L'éruption reprit ensuite son caractère de sécheresse presque absolue ; cependant, pendant près de trois ans encore, il survint de temps en temps quelques bulles : mais depuis un an la malade n'en a plus remarqué.

Il y a deux ans environ, en hiver, à un moment où l'on ne faisait aucun traitement, tous les phénomènes cutanés ont disparu spontanément pendant huit ou dix jours. Pendant ce laps de temps la malade a ressenti des douleurs, des malaises, des troubles gastriques accentués.

Parmi les autres médications qui ont été essayées chez elle, nous citerons encore les applications d'huile de cade, les bains de son, les bains alcalins, les bains sulfureux, qu'elle supportait difficilement : elle a fait cependant 4 saisons à Luchon, elle y a été traitée par des bains, et elle en est toujours revenue améliorée. A son retour des eaux, elle n'avait plus que quelques plaques, mais elle était fort nerveuse, très agitée, et, au bout de 2 ou 3 semaines, l'éruption reparaissait de plus belle.

Elle a pris aussi à plusieurs reprises de l'iodure de potassium que l'on faisait alterner avec de l'arsenic : cette substance semblait n'exercer aucun effet sur la marche de la maladie cutanée.

En somme, depuis les quatre années qu'elle est souffrante, la dermatose dont elle est atteinte a constamment évolué par grandes poussées successives dont l'acmé dure de 8 à 20 jours environ, qui mettent d'un à trois mois à évoluer, et qui sont séparées l'une de l'autre par un intervalle de calme relatif plus ou moins complet d'une à trois semaines.

Au début les poussées étaient peut-être plus rapprochées ; elles semblaient être surtout fortes au moment des règles qui ont été fort irrégulières pendant quelque temps, à la suite de la suppression de trois mois qui marqua l'origine des accidents : depuis lors elles se sont régularisées et ne semblent pas avoir d'influence sur l'évolution des poussées.

Tout le corps a été atteint, à l'exception de la figure et des mains. Les régions qui ont été le plus envahies sont la partie interne et supérieure des cuisses, la région lombaire, l'abdomen, les parties latérales du tronc, la poitrine, etc...

Voici quel était l'aspect de l'éruption lorsque la malade entra à l'hôpital Saint-Louis :

Les lésions débutent sous la forme de petites papules à peine rosées, du volume d'une grosse tête d'épingle, à bords peu nets, et faisant une légère saillie. On en voit quelques-unes disséminées çà et là sans ordre aucun sur le cou, sur le tronc, sur les cuisses. Ces papules deviennent ensuite plus volumineuses, et atteignent les dimensions d'un demi-pois ; elles font alors une saillie plus accentuée, ont des limites plus précises et une rougeur plus vive : elles donnent au doigt une sensation marquée d'induration. Par le grattage on excorie assez facilement leur sommet, et elles rappellent ensuite assez bien une grosse papule de prurigo excoriée. Elles sont isolées ou réunies par groupes de deux ou de plusieurs.

A un degré d'évolution de plus, les éléments que nous venons de décrire ont encore augmenté de volume et d'étendue ; on commence dès lors à y distinguer deux zones principales : 1° l'une périphérique constituée par une sorte de bourrelet plus ou moins rosé, et dont la rougeur disparaît par la pression, faisant une saillie de un à deux millimètres au-dessus du niveau des téguments, donnant au doigt une sensation d'induration marquée quoique légère, de deux à cinq millimètres de large, à limites externes assez nettes, car il n'y a pas de zone érythémateuse périphérique, à limites internes un peu moins précises ; 2° l'autre centrale au niveau de laquelle la lésion tend à s'affaïsser et le derme commence à se pigmenter.

Les éléments éruptifs peuvent rester en cet état, puis s'affaïsser peu à peu et disparaître : mais ils peuvent aussi continuer à évoluer, et dans ce cas, au bout de plusieurs jours, et même de deux ou de plusieurs semaines, soit par extension centrifuge d'un ou de deux éléments voisins, soit par confluence de plusieurs plaques voisines, ils arrivent à constituer de véritables placards dont l'aspect est tout à fait pathognomonique. On y retrouve à la périphérie le bourrelet rosé saillant dont nous avons déjà parlé ; ce bourrelet forme des circinations assez irrégulières qui décrivent des séries d'arcs de cercle plus ou moins bien formés : le centre est café au lait clair, ou même brunâtre assez foncé.

Les lésions évoluent ainsi lentement, s'étendant en tache d'huile de la façon la plus capricieuse. Quand les plaques sont petites, de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes ou d'un franc, le bourrelet périphérique peut être continu, ou bien interrompu en un ou plusieurs points. Mais à mesure qu'elles s'étalent, le bourrelet d'extension s'éteint par places, par places il continue

progresser ; il en résulte les aspects les plus divers. En certaines régions, surtout au bas-ventre, et à la partie supérieure des cuisses on trouve des plaques éruptives qui ont plusieurs centimètres de diamètre, et plus d'un mois d'existence. Elles finissent cependant toujours par s'éteindre après une durée plus ou moins longue ; le bourrelet rosé disparaît, et il ne persiste plus que la pigmentation qui met au moins plusieurs mois pour s'effacer.

Sur quelques-uns des bourrelets rosés de la poitrine, vers les seins, nous pouvons constater au moment de l'entrée des vestiges de fines vésicules, en d'autres points de petites croûtelles qui semblent consécutives à des vésicules antérieures. Depuis lors nous n'en avons plus retrouvé.

En d'autres points le sommet des bourrelets présente de fines squames, des excoriations, des croûtelles ; on en retrouve aussi sur la zone pigmentée.

Ces éléments éruptifs sont disposés de la manière suivante : sur le cou, sur les épaules, et çà et là disséminés sur les bras, il y en a quelques-uns qui sont assez petits ; sur le devant de la poitrine, vers les seins, et surtout vers les parties latérales du tronc, un peu au-dessous des creux axillaires on trouve par contre des circinations assez étendues de la grandeur d'une pièce de un ou de deux francs : il en existe également au niveau de la ceinture, vers les reins, au bas-ventre ; elles y sont entremêlées de pigmentations nombreuses ayant les formes les plus diverses, vestiges d'éruptions antérieures et dont les teintes, d'autant moins foncées qu'elles sont plus anciennes, varient du café au lait clair au brun noirâtre.

Mais c'est surtout à la partie supérieure et interne des cuisses que l'éruption atteint son maximum d'intensité : on y trouve des cercles absolument semblables comme aspect général à des cercles tangents d'herpès circiné, à bordure saillante, papuleuse ou mieux urticarienne, à centre brunâtre affaissé : tout à côté sont de petits éléments récents de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes ou d'un franc, irréguliers, à bourrelets périphériques incomplets.

C'est à peine s'il y a quelques petits éléments disséminés çà et là sur les jambes et vers le cou-de-pied.

Il existe de plus une deuxième variété d'éléments éruptifs, ceux-ci éphémères, se produisant et disparaissant en quelques heures, prurigineux, caractérisés par des saillies rouges, à limites peu précises, éminemment fugaces et tout à fait dignes du nom d'urticaire. La malade les connaît fort bien et sait les distinguer des éléments principaux dont nous venons de donner la description.

Les sensations subjectives qu'elle éprouve sont des plus intenses : elle se plaint de démangeaisons très vives, accompagnées de brûlures profondes et parfois d'élancements. Ces phénomènes douloureux sont presque incessants, ils troublent le sommeil, provoquent le grattage et exaspèrent le nervosisme du sujet. Ils s'exagèrent au moment des poussées.

La face et les mains sont indemnes : il y a un peu de séborrhée du cuir chevelu : les dents sont petites, irrégulières, criblées de sillons et de dépressions. Les ganglions rétro-mastoldiens sont très volumineux, surtout à droite : les ganglions axillaires et inguinaux sont perceptibles.

Les digestions sont laborieuses, le système nerveux est surexcité. Les urines sont normales.

On prescrit deux cuillerées à café de la solution arsenicale de l'hôpital (3 à 4 milligr. d'arséniate de soude) et la pommade à l'oxyde de zinc menthée.

Le 15 novembre, au moment où M. le Dr E. Besnier reprend son service, l'éruption semble être moins intense, mais les démangeaisons sont toujours aussi pénibles ; on prescrit de 7 à 8 milligram. d'arséniate de soude, et l'on ajoute de l'acide salicylique à la pommade.

Le 2 décembre, il survient une nouvelle poussée éruptive plus intense : les vieux éléments sont d'un rose plus vif, et les bourrelets périphériques festonnés sont plus saillants : il se produit d'assez nombreux éléments nouveaux. Les démangeaisons sont des plus vives : il y a de plus des sensations d'élançement et de brûlure ; l'insomnie est pour ainsi dire complète. Il y a pendant la nuit un léger mouvement fébrile qui élève la température d'un degré environ.

M. le Dr E. Besnier prescrit l'extrait de belladone en pilules de 1/2 centigramme : on en donne une par jour et on augmente graduellement.

A partir du 10 décembre la poussée diminue d'intensité : le 1^{er} janvier 1890, elle est presque entièrement calmée ; la malade prend à cette époque 2 centigrammes et demi d'extrait de belladone par jour sans présenter le moindre phénomène d'intolérance.

Vers le milieu de janvier 1890, M. le Dr Besnier constate l'existence d'une gomme syphilitique du pharynx, qu'il traite et guérit par l'iodure de potassium sans que les phénomènes éruptifs soient en rien modifiés par ce médicament. La malade sort de l'hôpital vers le 17 février en assez bon état au point de vue éruptif.

Elle est bientôt forcée d'y revenir, car la dermatose reprend toute son intensité. Elle y rentre en effet le 11 mars. Lorsque je la revois à cette époque, je constate que son éruption a beaucoup perdu de son intensité première, mais qu'elle présente cependant encore tous ses caractères distinctifs.

Je retrouve les éruptions fugaces d'urticaire vraie qui siègent çà et là sur le tronc et sur les membres, et les éléments persistants à bourrelet rosé périphérique extensif et à centre pigmenté.

Je la soumetts à un traitement régulier et rigoureux par le lait, l'arséniate de soude, dont elle prend bientôt 2 centigr. et demi par jour, dose qu'elle continue sans interruption jusqu'à l'heure actuelle pendant près de trois mois : je lui donne de plus chaque jour en 3 fois, douze gouttes de teinture de belladone, neuf gouttes d'alcoolature de racine d'aconit et neuf gouttes de teinture de drosera.

Peu à peu l'éruption s'affaïsse, disparaît, et depuis le 4 mai environ il n'y a plus ni sensations douloureuses, ni bourrelet rosé, ni urticaire vraie : il ne persiste que des pigmentations de formes et de teintes diverses, vestiges d'éléments éteints.

Mais depuis que l'accalmie est survenue, la malade se plaint de malaises, de douleurs vagues dans les membres et dans les articulations, d'œdème des jambes, de fatigues, etc.

Il ressort de la description qui précède que notre malade présentait deux variétés bien distinctes d'éléments éruptifs :

1° Des élevures urticariennes fugaces, éphémères, apparaissant et

disparaissant sans laisser de traces de leur passage, ayant par conséquent l'aspect et l'évolution typiques de l'urticaire : ce premier point est définitivement acquis ;

2° Des éruptions de beaucoup les plus importantes, celles qui donnent à ce cas sa physionomie si spéciale, et qui n'ont plus les mêmes caractères que les précédentes. Elles débutent bien par un élément papuleux, pseudo-urticarien ; mais au lieu de s'évanouir rapidement comme un élément d'urticaire pure, elles persistent, s'étalent par leur périphérie en tache d'huile : leur zone d'extension revêt la forme d'un bourrelet rosé de 3 à 5 millimètres de large, festonné, plus ou moins régulier, à limites assez nettes, sans zone érythémateuse périphérique. En même temps leur centre s'affaisse, se pigmente en brun presque noirâtre. Ces éléments persistent plusieurs jours et même plusieurs semaines, rarement en restant stationnaires, plus souvent en s'accroissant lentement, puis ils s'affaissent, l'élément érythémateux disparaît, et il ne persiste plus que la pigmentation, laquelle met fort longtemps à s'effacer.

Ainsi donc, malgré la coexistence de phénomènes douloureux presque analogues à ceux de l'urticaire, il est absolument impossible d'identifier cette éruption avec une éruption d'urticaire vulgaire. Nous ne connaissons pas de variété décrite d'urticaire vulgaire qui offre cette persistance, cette extension lente en tache d'huile, cette pigmentation centrale.

Certes il y a des urticaires, et surtout des urticaires bulleuses qui laissent après elles des pigmentations, mais elles n'ont jamais l'évolution si caractéristique des éléments éruptifs de notre malade, ce bourrelet rosé périphérique extensif, cette durée de plusieurs semaines.

Des considérations analogues permettent de distinguer l'affection que nous étudions de l'urticaire pigmentée, maladie du jeune âge à évolution fort lente il est vrai, et à éléments persistants, mais qui ne présentent pas non plus d'extension périphérique par un bourrelet rosé festonné.

Cet aspect circiné des éléments avec pigmentations consécutives a éveillé et devait éveiller dans l'esprit de quelques-uns des dermatologistes qui ont vu la malade, l'idée d'accidents syphilitiques, d'autant plus qu'il y a des antécédents indubitables de vérole. Malheureusement pour cette hypothèse les phénomènes douloureux qui existent me semblent sortir du cadre des accidents syphilitiques ; l'aspect même du bourrelet rosé extensif ne saurait rappeler une éruption syphilitique vraie ni secondaire, ni tertiaire, mais plutôt de simples phénomènes congestifs d'ordre érythémateux et vaso-moteur, enfin la médication antisypilitique n'a donné aucun résultat appréciable.

Faut-il faire de ce cas un type morbide nouveau ? Mais avant d'encombrer la dermatologie d'une dénomination et d'une maladie nouvelle, il faut rechercher avec le plus grand soin si nous ne pouvons vraiment pas rattacher ce fait à l'une des dermatoses qui sont déjà connues.

Or, si l'on considère dans leur ensemble les symptômes que nous ve-

nous d'exposer, on voit qu'il s'agit de poussées éruptives successives séparées par des intervalles de pseudo-accalmie, et caractérisées, en dehors des phénomènes objectifs, par des sensations douloureuses multiples d'une intensité toute particulière. Ce qui frappe encore, c'est la ténacité toute spéciale de l'affection qui a duré près de cinq ans, c'est sa production après une forte secousse nerveuse, c'est la conservation du bon état général, c'est l'amélioration produite par l'arséniate de soude et la belladone.

Voilà tout un ensemble de caractères qui sont bien ceux de l'affection que Duhring a dénommée dermatite herpétiforme, qu'après lui j'ai étudiée sous le nom de dermatite polymorphe douloureuse chronique à poussées successives, et qu'Unna a proposé de désigner sous le nom d'Hydroa.

Mais les phénomènes éruptifs, me dira-t-on, ne sont pas ceux de ce type morbide : les lésions sont sèches, on n'observe ni vésicules, ni bulles, ni pustules ; il n'y a pas à proprement parler de polymorphisme.

Nous reconnaissons qu'il peut paraître aventureux au premier abord de ranger l'affection dont nous venons de retracer l'histoire dans un même groupe que l'ancien pemphigus prurigineux à petites bulles et que le pemphigus arthritique de Bazin, mais si l'on veut bien se reporter à l'étude que nous avons publiée en 1888, dans ce recueil, sur la dermatite herpétiforme, on verra que l'analyse rigoureuse des faits démontre que les lésions vésiculeuses, bulleuses et pustuleuses peuvent manquer dans des cas indéniables de cette affection. Après une ou plusieurs poussées vésiculeuses et bulleuses, les poussées sont parfois uniquement caractérisées par des éruptions érythémateuses, papuleuses, urticariennes, et par des phénomènes douloureux.

Je copie textuellement ce que j'ai écrit en 1888 d'après l'analyse rigoureuse des observations indiscutables de cette maladie : « Le plus souvent les plaques érythémateuses symptomatiques de la dermatite herpétiforme sont limitées, circonscrites. Tantôt elles sont semblables à des plaques d'urticaire, s'effacent par la pression, tantôt elles sont plus persistantes que l'urticaire vraie, tantôt elles forment des placards plus ou moins réguliers, arrondis ou ovalaires, de grandeurs variables. Fort souvent les éléments érythémateux sont figurés, soit qu'ils résultent d'une plaque unique qui s'étale par les bords en s'affaissant au centre, soit qu'ils résultent de la confluence de plusieurs éléments érythémateux voisins ; ils forment alors des circinations plus ou moins nettes, et parfois des cercles complets. Ces circinations ont une teinte qui varie du rose clair au rouge sombre ; elles sont quelquefois presque planes, mais d'ordinaire elles sont saillantes et offrent même un *bourrelet* à leur bord externe d'extension qui est d'un rouge plus intense : leur bord interne aplati est moins coloré, est peu net, et se termine en mourant vers un centre sain ou légèrement teinté de jaune bistre. La grandeur de ces

circinations varie de quelques millimètres à plusieurs centimètres; elles peuvent se rejoindre, former des dessins gyratés multiples aux combinaisons diverses. »

Ce passage de ma description de 1888 ne peut-il pas s'appliquer pour ainsi dire textuellement à la maladie qui fait le sujet de cette note? N'y trouve-t-on pas signalés les deux éléments constitutifs de l'éruption qu'elle présente, les éléments urticariens purs, et les placards à bords circinés, rosés, formant bourrelet, et à centre pigmenté?

Et d'ailleurs n'y a-t-il pas en réalité dans cette éruption certains des caractères majeurs de l'éruption typique elle-même de la dermatite herpétiforme? n'y a-t-il pas sa superficialité? son évolution extensive par un bourrelet érythémateux, ses pigmentations consécutives qui sont si remarquables? Il n'y manque qu'un seul élément, la vésicule ou la bulle.

Or nous avons démontré dans nos travaux, et nous venons de rappeler plus haut que pour faire le diagnostic de dermatite herpétiforme, il n'était pas besoin de vésicules ou de bulles, puisque ces éléments peuvent faire totalement défaut à une période donnée de l'évolution d'un cas typique de cette affection, et à la grande rigueur nous pourrions dire que dans notre cas les bulles ont existé à un moment de l'évolution de la maladie, de telle sorte qu'on n'a pas même ce prétexte pour repousser notre interprétation.

D'ailleurs plus nous avançons dans l'étude de ces dermatoses, et plus nous sommes convaincu que leur véritable caractéristique n'est pas dans la forme même de l'élément éruptif, mais dans la superficialité de cet élément, dans sa nature de trouble vaso-moteur, dans les phénomènes douloureux, dans l'évolution de l'affection considérée dans son ensemble, et j'ajouterai même dans ses réactions thérapeutiques.

Ces signes pathognomoniques, notre observation les présente tous. On a vu en effet que la médication de la dermatite herpétiforme a merveilleusement bien réussi chez elle; aussi en arrivons-nous à admettre, comme nous l'avions d'ailleurs pressenti dans notre travail de 1888, que les formes purement érythémateuses et papuleuses, c'est-à-dire sèches de la dermatite herpétiforme sont tout aussi légitimes que les formes vésiculeuses, bulleuses, pustuleuses ou polymorphes proprement dites de cette affection: nous croyons que cette notion doit entrer dans la pratique courante, et qu'elle pourra donner la clef de certains faits jusqu'ici négligés, que l'on classait dans les urticaires ou que l'on regardait comme insolites ou comme incompréhensibles.

Nous concluons donc en disant qu'entre la dermatite herpétiforme typique et certaines éruptions rangées jusqu'ici dans les urticaires chroniques, il existe les liens les plus étroits, que les faits dont nous parlons pourraient jusqu'à un certain point être considérés comme des faits de passage entre la dermatite herpétiforme et les urticaires chroniques,

mais que ce qui les différencie nettement des urticaires vraies, ce sont la persistance et l'extension périphérique en tache d'huile de leurs éléments. Elles sont sèches, simplement érythémato-papuleuses et pigmentées, mais elles ont pu être vésiculeuses ou bulleuses à une période de leur évolution. Elles ont l'évolution caractéristique des formes chroniques de la dermatite herpétiforme ; elles en ont les phénomènes douloureux, la médication, probablement la pathogénie ; en un mot, elles sont, elles aussi, vraiment dignes du nom de dermatites polymorphes douloureuses chroniques à poussées successives, que nous avons donné comme caractéristique de ce groupe de faits. On doit les classer à côté de la dermatite herpétiforme typique : elles en constituent au point de vue objectif une forme en quelque sorte fruste, purement érythémateuse, papuleuse et urticarienne.

M. DU CASTEL. — M. Brocq dans son mémoire de 1888 avait substitué, et avec raison, au nom choisi par Duhring de *dermatite herpétiforme*, celui de *dermatite polymorphe prurigineuse chronique* ; aujourd'hui il substitue à l'épithète de *prurigineuse* celle de *douloureuse* ; je lui demande quelle est la raison qui l'a amené à formuler ce changement de titre.

M. BROCCQ. — Je me suis expliqué au Congrès de l'année dernière sur le changement d'épithète. J'ai dit que je préférerais le mot de *douloureuse*, car ce n'est pas toujours du prurit que l'on observe, mais aussi des sensations de cuisson, de brûlure, bref des sensations souvent fort pénibles.

M. ERNEST BESNIER. — Nous devons remercier M. Brocq de son intéressante communication. Sous l'apparente complication qui semble résulter de la description si minutieuse qu'il nous a faite existe au fond une réelle simplification. Les faits analogues à celui dont il a relaté l'histoire restaient absolument incompris il y a quelques années. Tandis qu'aujourd'hui quand on trouve un malade en proie depuis plusieurs années à une semblable éruption prurigineuse, douloureuse, multiforme, avec conservation de la santé générale, il y a de fortes raisons de supposer qu'il s'agit d'une maladie du type décrit par Duhring et étudié par Brocq. J'ai eu quelque temps dans mon service la maladie de M. Brocq et n'ai eu qu'à me rallier à son diagnostic légitime.

Quant à la thérapeutique des cas de ce genre, il faut bien avouer que nous ne sommes en possession d'aucun traitement rationnel.

Chaque fois que j'ai essayé de suivre une méthode logique, j'ai échoué, tandis que le traitement empirique par l'arsenic et la belladone à doses intenses m'a donné des résultats remarquables. Je ne puis pas parler encore de guérison définitive, mais d'accalmies qui comptent déjà de quelques mois à trois années.

PRÉSENTATION D'UNE MALADE ATTEINTE DE DERMATITE
HERPÉTIFORME

Par M. MOREL-LAVALLÉE.

Voici une malade qui depuis le mois de décembre dernier est atteinte d'une affection vésiculeuse que son évolution me paraît nettement faire rentrer dans le cadre de la dermatite herpétiforme de Duhring-Brocq. Il y a eu au début une période prééruptive pendant laquelle cette femme a ressenti des phénomènes de prurit généralisés sans production de symptômes urticariens d'aucune sorte. Puis a commencé d'une façon progressive, — sans poussées proprement dites, — l'éruption sur différentes parties du corps de vésicules qui par endroits se groupent absolument comme des bouquets d'herpès. — Cette éruption se voit surtout sur la face, sur la partie supéro-antérieure du thorax, au bas-ventre et sur les cuisses.

Il existe également des vésicules sur la muqueuse bucco-pharyngée, se terminant par l'aspect pseudo-membraneux et donnant lieu de temps en temps à de la dysphagie et à une légère expuition sanguinolente.

J'insiste sur les faits suivants :

1° L'absence absolue de tout symptôme d'urticaire ; — ainsi, bien qu'aujourd'hui le grattage en stries provoque par places des stries *vésiculeuses* allongées, cylindroïdes, il n'y a ou il n'y a jamais eu de papules rouges ortiées même à la période prurigineuse prééruptive.

2° L'absence de polymorphisme ; c'est partout le type vésiculeux pur, avec ou sans croûtes, agminé ou non.

3° L'absence de tout phénomène douloureux au moins jusqu'à présent, cette dermatite est prurigineuse, elle ne peut encore être dite « douloureuse ».

Le traitement n'a pas encore été institué.

M. HARDY. — Pour moi, cette malade est atteinte d'un *pemphigus à petites bulles*. Je profite de l'occasion pour protester contre la tendance actuelle à détacher des grands groupes dermatologiques que nous nous sommes efforcés de créer il y a vingt ans, certaines variétés dont on veut faire des genres spéciaux. Je veux bien admettre que cette maladie que l'on nomme maintenant dermatite herpétiforme soit une variété spéciale du pemphigus ; mais c'est néanmoins du pemphigus. Si l'on procède ainsi par élimination, le genre pemphigus n'existera plus dans quelques années.

M. VIDAL. — M. Hardy recommence ici le procès fait l'année dernière par M. Kaposi pendant les discussions du Congrès. Il est certain que le genre pemphigus qui comprenait autrefois beaucoup de variétés, doit

peu à peu se restreindre, sinon disparaître tout à fait. Pour ma part, j'avais été frappé, il y a déjà longtemps, de l'allure particulière que prenait la variété de pemphigus, dite *pemphigus pruriginosus* par M. Hardy, et combien par ses symptômes, ses récides et son pronostic relativement bénin, elle différait du type ordinaire du pemphigus. C'est cette distinction qu'a plus accentuée encore M. Duhring en créant son type morbide de dermatite herpétiforme, véritable entité pathologique que la remarquable monographie de notre collègue, M. Brocq, a puissamment contribué à séparer et à détacher complètement du cadre du pemphigus.

Déjà on peut aussi en retirer les éruptions bulleuses, d'origine nerveuse, qui caractérisent certaines dermato-neuroses trophiques. Le pemphigus diminuera de plus en plus et finira probablement par être rejeté lorsqu'on connaîtra mieux l'étiologie des diverses affections dont la bulle est un des principaux symptômes.

M. HARDY. — J'admets fort bien l'existence de la dermatite herpétiforme, mais à condition qu'on la rattache au pemphigus, comme une variété du genre.

M. BROcq. — Comment cependant rattacher le cas dont j'ai parlé tout à l'heure au pemphigus ?

M. HARDY. — Aussi je ne ferais pas de ce cas un pemphigus.

M. BESNIER. — Il est certain que nous partons de points de vue différents. Pour l'école dermatologique qui nous a précédés, toutes les maladies bulleuses étaient rangées dans le genre *pemphigus*.

Pour nous, les bulles peuvent se rencontrer dans nombre de dermatoses différentes les unes des autres, et nous avons abandonné les classifications trop compréhensives.

M. Hardy en instituant le *pemphigus pruriginosus*, et en en faisant une variété à part a rendu un service considérable; s'il eût fait un pas de plus il aurait réalisé ce que Duhring a fait ultérieurement.

M. HARDY. — Je n'ai pas dit que toutes les maladies où il y a des bulles fussent des pemphigus; j'ai dit qu'on devait rattacher à ce genre nosologique les affections cutanées caractérisées principalement par des bulles spontanées, se développant sans traumatisme et sans lésion nerveuse évidente, récidivantes et ayant une évolution spéciale. Au surplus, comme le dit M. Besnier, nous partons de points de vue différents et nous parlons une langue différente.

SUR UNE FORME VÉGÉTANTE DE SYPHILOME LINGUAL ET SON
DIAGNOSTIC AVEC L'ÉPITHÉLIOMA

Par M. HALLOPEAU.

Cette communication a été préalablement annoncée sous un titre différent. Nous avons cru pendant plusieurs jours à l'existence, chez le malade qui en fait l'objet, d'un épithélioma compliquant un syphilome profond de la langue. Les résultats de l'examen histologique concordant avec l'opinion émise par M. le professeur Fournier nous ont conduit à modifier notre diagnostic, et à admettre que les tumeurs végétantes observées chez notre malade sont de nature syphilitique comme les tumeurs profondes qui les ont précédées.

Nous nous proposons aujourd'hui de mettre en relief les difficultés que présentent, à ce point de vue, les cas de cette nature.

Elles ont été signalées avec insistance par M. Fournier dans les leçons qu'il a récemment professées sur les manifestations linguales de la syphilis. « Bien des fois, dit-il, on a coupé des langues qui auraient guéri par un traitement convenable, ou guéri par l'iodure de potassium et le mercure des langues réputées cancéreuses ; » et il en cite d'illustres exemples. L'histoire de notre malade va montrer combien les apparences peuvent être trompeuses.

P. R..., âgé de 46 ans, a eu en 1882 un chancre bientôt suivi d'une éruption généralisée de syphilides ulcéreuses. Plus tard, des ulcérations se sont produites à la face et ont laissé des cicatrices persistantes. Vers le milieu de 1889, la voûte palatine s'ulcère. Le malade entre alors dans le service de M. Vidal où il est traité par l'iodure de potassium. L'ulcération palatine se cicatrise bientôt. Ultérieurement survient une tuméfaction de la lèvre inférieure qui depuis lors a persisté. Il se développe également des saillies végétantes à la face interne de la joue gauche. Après un second séjour chez M. Vidal, R... se trouve très amélioré. En janvier 1890, le bord gauche de la langue devient le siège d'une ulcération.

Au commencement d'avril, toute la moitié gauche de l'organe se tuméfie. Le malade entre le 14 avril 1890 au n° 70 de la salle Bazin. Nous constatons l'existence, sur toute la surface du corps, de nombreuses cicatrices qu'ont laissées les syphilides ulcéreuses. Les deux lèvres sont actuellement tuméfiées dans toute leur étendue. Le côté gauche de la langue est considérablement augmenté de volume et dépasse en épaisseur aussi bien qu'en largeur la moitié droite de l'organe. Par la palpation, on y constate une induration profonde liée à l'existence d'une néoplasie. Le bord gauche présente une ulcération qui correspond à la 2^e molaire.

Concurremment, on note une induration beaucoup moins considérable, mais

également profonde de la moitié droite de la langue vers son extrémité antérieure. De chaque côté, un ganglion sous-maxillaire est tuméfié et induré. La parole et la mastication sont gênées. Le gonflement de la langue empêche l'occlusion de la bouche, et il en résulte un écoulement incessant de salive.

Le malade est soumis à un traitement par les frictions mercurielles et 4 grammes d'iodure de potassium. Au bout de quelques jours, la salivation oblige à suspendre les frictions. Après 6 semaines de traitement, l'induration profonde de la langue a diminué. La tuméfaction de la moitié gauche est moins prononcée, mais il s'est développé, au-dessus de l'ulcération, une saillie *végétante, dure, du volume d'un haricot*. L'ulcération est dirigée de haut en bas et mesure environ un centimètre $1/2$ sur 7 millimètres d'avant en arrière; ses bords ne sont pas taillés à pic, ils sont mousses et arrondis et se continuent insensiblement avec les parties saines; sa surface est le siège de bourgeons rouges, peu saillants; elle a été manifestement provoquée par le contact d'une dent cariée. Sur tout le bord lingual correspondant, on voit des empreintes correspondantes aux saillies dentaires. En outre, son tiers antérieur gauche et toute la partie qui correspond à la pointe sont surmontés de *saillies végétantes, translucides, d'apparence papillomateuse*. Elles sont séparées par des sillons profonds de 2 à 8 millimètres. Chacune d'elles mesure de 2 à 8 millimètres de diamètre. Leur consistance est ferme. Elles forment un bourrelet saillant qui encadre tout le bord antérieur et particulièrement sa partie gauche.

Le sillon médian de la langue est déprimé dans presque toute son étendue, c'est le seul d'ailleurs qui existe sur la face dorsale. Au contraire, sur la partie inférieure se trouvent, contrairement à la règle, des sillons entre-croisés qui la divisent en lobules.

La joue gauche présente, dans la partie qui correspond aux arcades alvéolaires, une série de saillies bourgeonnantes dont la plus grosse atteint les dimensions d'une noisette. Les saillies sont dures, végétantes, semblables à celle qui a été décrite sur le bord gauche de la langue. La voûte palatine est creusée d'une dépression médiane qui mesure 1 centimètre transversalement sur 2 centimètres d'avant en arrière, sans perforation. La consistance des lèvres, considérablement tuméfiées, est un peu ferme. Leur face interne est recouverte de cicatrices, surmontées de brides décolorées et indurées. Pas de douleurs spontanées. L'ulcération n'est pas sanguinolente. La mastication continue à être pénible. Le malade avale difficilement. La cicatrice du voile du palais s'étend jusqu'au voisinage de la luette.

Ainsi donc, *malgré le traitement*, l'état du malade s'est plutôt aggravé. Si les masses profondes ont diminué de volume, la tumeur végétante et indurée du bord gauche de la langue ainsi que les excroissances papillomateuses de sa partie antérieure se sont développées.

Sachant qu'il existe dans la science plusieurs faits d'épithéliomes survenus à la suite de syphilomes, nous avons cru d'abord avoir affaire à un cas de cette nature; on pouvait, en effet, invoquer en faveur de ce diagnostic : 1° l'apparition au voisinage de l'ulcération d'une tumeur

dure et végétante, malgré un traitement intensif ; 2° l'existence d'adénopathies sous-maxillaires ; 3° l'âge du malade ; 4° son état général.

Considérant cependant que les douleurs spontanées ainsi que les hémorrhagies faisaient défaut, que les excroissances papillomateuses du bord libre n'ont pas été signalées dans l'épithéliome, et qu'une première biopsie pratiquée par M. Goupil ne donnait que des résultats négatifs au point de vue de l'existence d'une tumeur de cette nature, nous avons présenté le malade à M. Fournier ; et notre excellent maître n'a pas hésité à formuler le diagnostic de *sclérose profonde de la langue*. Il nous a montré une malade de son service chez laquelle il existait, en même temps que les signes évidents de cette sclérose, les mêmes saillies indurées que présente notre malade. Enfin, chez un autre malade, nous avons constaté, sur les surfaces ulcéreuses d'une syphilide tertiaire, des saillies indurées très analogues à celles de P. R. :

Il résulte de ces faits : 1° que les syphilomes linguaux peuvent persister et continuer à proliférer malgré un traitement intensif ; 2° qu'ils peuvent occuper simultanément les parties profondes de l'organe et les parties sous-jacentes à la muqueuse ; 3° qu'ils peuvent constituer des tumeurs indurées et végétantes ; 4° qu'ils peuvent prendre la forme d'excroissances papillomateuses ; 5° qu'ils peuvent s'accompagner d'adénopathies.

C'est à dessein que nous employons la dénomination de *syphilomes* de préférence à celle de *sclérose profonde*. Il est très probable que chez notre malade cette sclérose sera l'aboutissant des lésions. On les voit déjà s'esquisser à la face inférieure de l'organe ; mais, dans l'état actuel, ce qui domine, c'est la néoplasie embryonnaire.

L'existence de ces tumeurs profondes et superficielles n'est guère d'accord avec celle d'une sclérose qui implique l'idée d'une atrophie avec rétraction connective.

M. A. FOURNIER. — Je remercie M. Hallopeau d'avoir fait cette présentation qui confirme ce que j'ai dit au sujet des glossites scléreuses. Ces glossites sont intéressantes à connaître pour les deux raisons que voici : la première c'est qu'elles s'accompagnent souvent d'un aspect leucoplasique de la langue qui peut donner le change parce que la leucoplasie dans bien des cas est le prélude du cancer ; la seconde c'est que ces glossites ne guérissent généralement pas. Il est certain qu'à moins d'avoir la chance d'arriver au début du mal, on ne fait rien si la sclérose est une fois accomplie.

On est donc tenté de conclure à cause de la non guérison par le traitement spécifique à la nature cancéreuse du mal. Quant à la leucoplasie qui existe souvent dans ces cas, c'est une leucoplasie qui n'a rien à faire avec la leucoplasie vraie ; c'est une leucoplasie comme il s'en observe dans beaucoup d'autres états de la langue.

Il faut dissocier le type leucoplasique, et à côté du type leucoplasique vrai (la leucoplasie de Debove, Mauriac) distinguer d'autres états leucoplasiques distincts.

M. OZENNE. — Le malade, que vient de nous présenter M. Hallopeau, est évidemment atteint de lésions syphilitiques multiples, de date plus ou moins ancienne; il n'y a, à cette égard, aucun doute à conserver: mais sont-ce là les seules lésions que l'on observe sur sa langue? La réponse ne me paraît pas devoir être affirmative.

En effet, outre les altérations spécifiques, il existe, au niveau du bord gauche de l'organe, une tuméfaction dure, assez prononcée et peu circonscrite, sur laquelle repose une ulcération irrégulière et anfractueuse; de plus on note que le système ganglionnaire correspondant n'est pas indemne, et dans les régions sous-maxillaires, principalement du côté gauche, on perçoit un ganglion assez volumineux, dur et peu mobile.

En général une manifestation syphilitique ne se présente guère avec ces caractères. Aussi suis-je plutôt porté à admettre, chez ce malade, outre des lésions spécifiques isolées, l'existence de cette hybridité morbide, que M. Verneuil a, le premier, décrite sous le nom d'hybridité cancéro-syphilitique, et dont j'ai publié une vingtaine d'observations dans ma thèse. On peut m'objecter, il est vrai, que ce malade ne se plaint d'aucune douleur, ni locale ni irradiée, que l'écoulement sanieux, hémorrhagique et fétide fait défaut, et que l'on n'a pas sous les yeux quelques-uns des caractères typiques de l'épithélioma.

Ces faits sont incontestables, mais, au lieu d'être contraires à l'hypothèse de l'hybridité, ils viennent justement à son appui, car c'est cette atténuation des symptômes que l'on relève fréquemment dans l'association des deux diathèses. J'ajouterai que les résultats de la médication mixte, à laquelle le malade a été soumis, plaident encore en faveur de ce diagnostic; car, si, sous son influence, il ne s'est produit qu'un peu d'amélioration du côté des manifestations syphilitiques, il est à remarquer, que depuis l'administration du traitement, on a assisté au développement de la tuméfaction sous-jacente à l'ulcération.

Ce n'est pas là un fait exceptionnel. Tout au contraire, il est fréquent de voir, consécutivement à cette thérapeutique, les lésions cancéreuses, évoluer avec une certaine rapidité. Peut être est-ce là ce qui est survenu chez ce malade? Si toutefois, dans ce cas, il me paraît impossible de se prononcer d'une façon absolue, faute de symptômes caractéristiques, je ne crois pas que l'on soit davantage autorisé à se rallier au diagnostic de manifestations syphilitiques isolées. Sans aucun doute elles existent, mais, dans ce point de la langue, où siège l'ulcération reposant sur l'induration, elles me semblent associées à l'épithélioma, et, s'il en est réellement ainsi, on se trouverait donc en présence de cette forme de l'hybri-

dité cancéreuse, dite cancéro-gommeuse, par suite du développement consécutif de l'épithélioma sous une gomme ulcérée.

M. ERNEST BESNIER. — Deux points me semblent devoir être précisés à propos de la très intéressante communication de M. Hallopeau :

1° Le fait de la végétation papillomateuse *accessoire* dans diverses lésions spécifiques, syphilis, tuberculose, etc. ;

2° Les relations des plaques blanches observées chez les sujets qui ont en même temps de la syphilose linguale, ou qui ont eu des syphilides buccales, ou enfin qui sont d'anciens syphilitiques, avec celles qui existent chez des sujets non syphilitiques.

Le premier point est bien établi pour la peau, et pour les muqueuses ; j'ai déposé dans le Musée de St-Louis deux pièces démonstratives, dont l'une, de papillomatose parasymphilitique, a été reproduite par M. Jullien dans son important ouvrage.

Sur le second point, la question est beaucoup plus obscure ; en pratique, le difficile n'est pas de distinguer les uns des autres, les cas typiques de leucoplasie buccale (ancien *psoriasis buccal* des auteurs, et, dans mon sens particulier, *glossite* ou *stomatite épithéliale*) des cas de syphilose scléreuse de la langue ou de la bouche. Il est évident que les deux choses restent bien distinctes.

Mais ce qui est au contraire très ardu, c'est de différencier, clairement et sûrement, les cas de transition, intermédiaires ou mixtes, dans lesquels on observe des altérations de sclérose chez des sujets syphilitiques, qui ont, en même temps, des plaques blanches dont le type plus ou moins atténué n'entraîne pas *ipso facto* le diagnostic d'emblée. Or, n'est-ce pas là la difficulté de tous les jours ? Les sujets qui portent des plaques blanches du type de celles dites *des fumeurs* ne sont-ils pas, pour une bonne part, des sujets ayant eu la syphilis un plus ou moins grand nombre d'années auparavant, et, dans le cas où ils ont, simultanément, des stigmates locaux de syphilis, est-il aisé de faire la part des divers facteurs, et de se prononcer sûrement ?

Et dans cette ambiguïté peut-on appuyer un thème de différenciation sur des caractères histologiques propres aux différentes espèces de plaques blanches que l'on observe sur la langue ou dans la cavité buccale ?

D'après mon observation personnelle, une fois ces plaques constituées, que le malade soit un « arthritique » syphilitisé, comme cela est le plus ordinaire, ou qu'il ne soit pas syphilitique, les caractères s'uniformisent dans beaucoup de cas au point que le diagnostic *direct* n'en est pas ordinairement possible. Dans ces cas l'épreuve thérapeutique elle-même reste douteuse le plus ordinairement.

Il est bien vrai que, dans tous ces faits ambigus, on n'observe pas la *terminaison* « cancéreuse » avec la fréquence qui appartient aux types

purs de glossite ou de stomatite épithéliale, de leucoplasie typique, mais ce serait une erreur de croire qu'on ne l'observe jamais.

En résumé, s'il est vrai que dans les cas typiques simples il est aisé de distinguer la leucoplasie buccale pure, les plaques des fumeurs, et les leucosyphiloses, il reste un grand nombre de cas complexes pour lesquels le diagnostic immédiat et direct reste ambigu, et réclame un supplément d'information qu'il ne serait pas indifférent d'appuyer sur des caractères anatomiques.

M. LAILLER. — Je trouve chez ce malade des dents en déplorable état; de plus on lui a fait ces jours-ci le traitement mixte, il a l'haleine fétide; et je me demande si l'aggravation ne tient justement pas au traitement. Le traitement local convient surtout ici, le nettoyage de la denture, les lavages de la bouche et des attouchements à la teinture d'iode sur la langue.

M. HALLOPEAU. — Le malade a pris du mercure il y a deux mois pendant très peu de temps; nous avons dû le suspendre à cause de la salivation; depuis trois jours seulement il est soumis de nouveau au traitement mercuriel. J'ai bien dit que je pensais que l'ulcération était probablement d'origine dentaire; mais cela n'explique pas la tumeur dure, végétante, qui fait penser à l'épithélioma.

M. HARDY. — Je pense qu'il s'agit d'une glossite syphilitique et qu'il y a en ce moment de la stomatite mercurielle. Il n'y a pas besoin que le malade prenne du mercure depuis longtemps pour avoir de la stomatite. J'ai vu succomber à la suite d'une stomatite mercurielle compliquée d'œsophagite, une jeune femme qui avait pris 50 centigrammes de calomel. D'autre part, je suis frappé de l'existence d'une adénopathie cervicale et sous-maxillaire, qui n'est observée ordinairement ni dans la syphilis tertiaire, ni dans la stomatite mercurielle et je ne serais pas éloigné de croire à un épithélioma qui deviendra évident plus tard.

M. MAURIAC. — Je voudrais dire quelques mots à propos de l'influence du traitement; je crois que lorsque ces glossites relèvent de la syphilis le traitement antisypilitique peut rester inactif, mais n'aggrave pas les lésions; il n'en est plus ainsi si la glossite est de nature cancéreuse, et le traitement syphilitique administré dans ces cas peut aggraver l'état du malade; cette aggravation sous l'influence du traitement peut même jusqu'à un certain point servir au diagnostic.

M. VIDAL. — Je reviens sur ce qui a été dit à propos de la leucoplasie. Il arrive pour cette question ce qui arrive bien souvent: un terme a été choisi pour désigner un type morbide, on s'en sert pour désigner d'autres

affections présentant avec le type décrit des analogies et on crée de la confusion.

La leucoplasie buccale, la leucoplakia buccalis de Schwimmer, celle qui a été étudiée par Bazin, par Debove, par Mauriac sous le nom de psoriasis lingual et qui s'accompagne de cette desquamation spéciale de la langue, celle qui trop souvent aboutit au cancer est une maladie à part tout à fait différente des plaques blanches des fumeurs, et des plaques blanches des syphilomes de la langue. A la première doit être réservée exclusivement l'appellation de leucoplasie buccale sous peine de revenir en arrière et de rétablir la confusion faite par Kaposi pour laquelle la leucoplasie buccale, à laquelle il donnait le nom de Kératose de la muqueuse buccale, était toujours d'origine syphilitique ; non seulement il y a des différences cliniques, dans le mode de desquamation, dans le siège, dans la marche, dans le pronostic, mais il y a aussi des différences histologiques.

Dans le syphilome lingual superficiel, les altérations de l'épithélium sont moins prononcées, tandis que le derme muqueux est plus profondément envahi par les cellules embryonnaires et par la prolifération conjonctive. Dans la leucoplasie buccale l'épiderme est très épaissi et la couche granuleuse, très riche en éléidine, est considérablement augmentée au début de la lésion, les papilles sont aplaties. Le derme est moins épais, moins profondément infiltré que dans le syphilome et la tendance à l'hyperplasie conjonctive est beaucoup moins prononcée.

A une période plus avancée, quand surviennent les fissures et les exulcérations on constate, ainsi que l'a fait remarquer le professeur Leloir, une *dékératinisation* qui rend compte de l'exfoliation épidermique. Il est facile de comprendre pourquoi les plaques blanches des fumeurs sont fréquentes chez les syphilitiques, la syphilis crée une excessive sensibilité des muqueuses et notamment de la muqueuse buccale que peuvent mettre en jeu toutes les causes locales irritantes parmi lesquelles le tabac est l'une des plus ordinaires et des plus actives.

M. ERNEST BESNIER. — Personne ne confond la leucoplasie idiopathique vraie, les plaques blanches des fumeurs, ou des dentitions mauvaises, des dentiers, etc., etc. ; les plaques scléreuses lisses, argentées, etc., avec les syphiloses linguales pures.

Mais je répète que ce n'est pas de cela dont il s'agit, mais simplement de la difficulté qu'il y a à différencier les lésions de ces ordres divers quand, ce qui est très ordinaire, elles coexistent chez un même sujet ; et c'est pour ces cas que je demande si l'anatomie des lésions ne pourrait pas être invoquée pour assurer leur différenciation.

TRAITEMENT D'UN IMPÉTIGO REBELLE DU BORD LIBRE DES LÈVRES
PAR LES SCARIFICATIONS LINÉAIRES

Par M. H. HALLOPEAU.

L'impétigo est rarement une affection rebelle et une thérapeutique appropriée en a généralement raison en peu de temps.

Il n'en est pas ainsi pour sa localisation labiale. Kaposi en a indiqué la résistance opiniâtre aux traitements généralement employés et il dit qu'il faut souvent en venir aux cautérisations avec la solution concentrée de potasse pour en avoir raison. Nous avons vu un exemple remarquable de cette résistance chez M. X... Depuis plus de trois ans, son éruption s'est incessamment renouvelée malgré les traitements les plus divers ; elle le défigure à tel point qu'il a dû renoncer à suivre les cours du Conservatoire, où il est élève, et il se voyait contraint d'abandonner sa carrière d'artiste dramatique.

Quand il s'est présenté à notre observation, les bords libres de ses deux lèvres étaient recouverts de croûtes jaunâtres, mélancoliques, très épaisses ; elles faisaient, par places, une saillie de près d'un centimètre. Lorsqu'on les enlevait, on trouvait le tégument sous-jacent excorié et saignant. Les lésions étaient moins prononcées à la lèvre supérieure qu'elles ne l'étaient à la lèvre inférieure, envahie dans toute son étendue ; les croûtes y atteignaient, cependant, surtout dans le tiers médian, une notable épaisseur.

En présence d'une affection aussi persistante, nous avons dû chercher à modifier la nutrition de la membrane par une intervention active, et, dans ce but, après avoir fait tomber les croûtes, nous avons eu recours aux scarifications pratiquées suivant la méthode de M. Vidal. Elles ont été suivies d'application de pommade boriquée.

Le résultat a été surprenant.

Il a suffi d'une séance pour modifier complètement la situation : huit jours après, les croûtes, contrairement à ce qui se passait constamment depuis trois ans, ne s'étaient pour ainsi dire pas reproduites ; on ne voyait que quelques squames. Deux autres séances de scarifications ont été pratiquées depuis lors, et M. X... peut être considéré comme guéri ; son impétigo ne s'est pas reproduit ; il a pu reprendre ses études, et il a la perspective de pouvoir figurer au théâtre. Il continue les applications de pommade boriquée.

C'est un nouveau succès de la méthode introduite si heureusement dans la thérapeutique dermatologique par notre collègue M. Vidal.

Il montre qu'il suffit d'une modification peu profonde dans la nutrition

d'une partie atteinte d'eczéma pour faire disparaître l'altération qui est la cause prochaine de cette éruption.

M. LAILLER. — Le malade a-t-il présenté de l'impétigo ailleurs qu'aux lèvres ?

M. HALLOPEAU. — Non.

M. VIDAL. — Il s'agit dans ce cas d'un eczéma séborrhéique chronique des lèvres; le malade présente d'ailleurs de la séborrhée sèche du cuir chevelu. L'épaisseur des croûtes n'est pas du tout en contradiction avec ce diagnostic, l'eczéma séborrhéique pouvant produire parfois des croûtes très épaisses, jaunâtres ou brunâtres.

M. ERNEST BESNIER. — L'affection que présente ce malade est celle qui a été décrite autrefois par Rayer sous le nom de *psoriasis*, puis plus tard de *pityriasis des lèvres*. On la voit communément, dans son degré léger, limitée à la portion exposée des lèvres. Rarement elle prend un tel développement. On peut certainement la ranger maintenant dans l'eczéma séborrhéique. J'approuve absolument le traitement appliqué par M. Hallopeau, et j'y ai eu recours moi-même dans certains cas avec succès.

M. VIDAL. — J'ai traité aussi par les scarifications plusieurs malades atteints de cette même affection, et j'ai obtenu la guérison.

PASSAGE DU MERCURE DE LA MÈRE AU FŒTUS DANS LE TRAITEMENT ANTISYPHILITIQUE FAIT PENDANT LA GROSSESSE

Par M. CATHELINEAU.

M. A. FOURNIER lit au nom de M. Cathelineau, chef du laboratoire des travaux chimiques de la Clinique de maladies cutanées et syphilitiques, la note suivante :

Lorsqu'une femme syphilitique enceinte est soumise à un traitement mercuriel, presque toujours, l'enfant vient à terme; on sait combien sont fréquents, au contraire, les avortements quand aucun traitement n'est institué.

Il m'a été donné de soumettre à des recherches chimiques le cadavre

d'un enfant né à terme d'une mère syphilitique; il était intéressant de savoir si le mercure administré à la mère au cours de plusieurs traitements allait se retrouver chez l'enfant.

Voici en deux mots l'histoire clinique de la mère :

M. G... entre dans le service de la clinique le 10 novembre 1888 pour un chancre syphilitique génital; elle était enceinte de 7 mois environ. Le 13 novembre 1888, la malade est prise de douleurs et transportée dans le service d'accouchement, mais ce n'est que le 20 qu'elle accouche d'une fille bien portante pesant 2 kilog. 500.

L'enfant présentait des rougeurs des fesses, et des plaques du voile du palais considérées comme spécifiques, et mourut deux mois après sa naissance.

La mère, sortie de l'hôpital le 19 janvier 1889, a présenté des accidents syphilitiques à diverses reprises pendant l'année 1889, accidents traités régulièrement dans le service.

Le 12 avril 1890 elle entrait de nouveau à la salle Henri IV, enceinte de 8 mois et présentant encore quelques plaques buccales et un peu d'angine. Elle est mise de suite au traitement par les frictions (4 grammes d'onguent mercuriel) et l'iodure de potassium à la dose de 4 gr. par jour.

Le 9 mai, elle est prise de douleurs, et est conduite dans le service d'accouchements. On entendait encore les bruits du cœur chez le fœtus; mais le 10 mai au soir, elle expulsait un enfant mort. L'accouchement s'était passé d'une façon régulière.

L'autopsie de cet enfant a été faite le 12 mai 1890 par M. Darier, chef du laboratoire des travaux histologiques, qui a bien voulu me remettre la note suivante :

Enfant du sexe féminin. Poids : 2 kilog. 770.

L'enfant paraît à terme, est bien conformée et présente une teinte cyanotique généralisée; l'épiderme un peu macéré, se détache de la plante des pieds et un peu au dos. La peau du tronc offre quelques taches purpuriques.

Dans l'abdomen on trouve 50 gr. environ d'un liquide ascitique jaunâtre. Le foie déborde de 4 centimètres le rebord des fausses côtes.

Cavité thoracique.

Le thymus ne présente pas de lésions. Dans les plèvres et le péricarde on trouve un peu de liquide séreux; sur ce dernier, taches ecchymotiques lenticulaires nombreuses.

Le trou de Botal est presque complètement oblitéré, à l'exception d'un petit orifice pouvant admettre une plume d'oie.

Le cœur est bien conformé. Les poumons sont parsemés de taches ecchymotiques; ils n'ont pas respiré.

Rien dans la bouche ni dans l'arrière-gorge.

Pharynx, œsophage, larynx, trachée, bronches normaux.

Le canal artériel est largement ouvert.

Cavité abdominale.

Les reins sont normaux, pas d'infarctus uriques.

Le foie a un aspect normal.

L'intestin au niveau de l'S iliaque et du côlon descendant a une muqueuse normale, vascularisée, mais sans ecchymoses.

Le méconium est jaune verdâtre, épais.

J'ai soumis ces différents organes à l'analyse chimique et voici les résultats que j'ai obtenus.

Il était important de savoir si le mercure administré à la mère sous différentes formes (pilules, frictions) allait se retrouver chez l'enfant.

M. Porak (1), en 1880, ayant administré divers médicaments à des femmes en travail plus ou moins longtemps avant leur accouchement, les rechercha dans l'urine de l'enfant nouveau-né.

Le résultat de ses recherches fut que l'iodure de potassium, le chloroforme, l'acide salicylique et le salicylate de soude, le prussiate jaune de potasse, le bromure de potassium, le chlorate de potasse, l'essence de térébenthine, le sulfate de quinine, la santoline, passaient à travers le placenta.

Il ne put constater le passage de l'acide chrysophanique, de la rhubarbe, du fer contenu dans l'iodure de fer, du mercure.

Le fœtus urine-t-il ?

M. Porak répond par l'affirmative. Cela semble résulter : 1° de l'augmentation en quantité du liquide amniotique, dans les derniers mois de la grossesse ; 2° de la présence de l'urée dans le liquide amniotique ; 3° des observations de M. Depaul sur la rétention de l'urée à la suite de l'oblitération du canal de l'urètre ; 4° des observations de Güsserow qui a constaté la transformation du benzoate de soude en acide hippurique dans le liquide amniotique.

Mais pour M. Porak l'urine du fœtus ne contient pas de médicament absorbé ; pour prouver il en donne que le liquide amniotique, quelle que soit la durée du traitement de la femme enceinte avant son accouchement, quelle que soit la nature du médicament employé, ne donne jamais les réactions qui le caractérisent.

Liquide amniotique. — 60 c. c. de liquide amniotique seulement ont pu être recueillis par M. Lamotte, interne du service d'accouchement à Saint-Louis.

Volume.....	60 c. c.
Couleur.....	jaune foncé.
Densité.....	1.020
Réaction.....	neutre.
Urée.....	traces.

La matière organique a été détruite par le permanganate de potasse

(1) De l'absorption de quelques médicaments par le placenta et de leur élimination par l'urine des enfants nouveau-nés (broch. in-8°, Paris, 1880).

et l'acide chlorhydrique. La présence du mercure dans le liquide amniotique est très nettement caractérisée par la formation d'un anneau rouge de biiodure de mercure (méthode de Witz) (1).

L'analyse quantitative du mercure n'a pu être faite, vu la petite quantité de liquide recueillie.

Par le même procédé (procédé de Witz) la présence du mercure a été nettement constatée dans le méconium, le foie, le cerveau, les reins, la rate, les poumons et le cœur.

Étant données les conditions de la vie chez le fœtus, il était intéressant de voir si le mercure allait se rencontrer dans ces diverses parties proportionnellement à leur poids ou si certaines avaient plus particulièrement fixé le mercure.

D'après les travaux de Laborde (2), dans l'empoisonnement chronique le mercure paraît se localiser dans le cerveau.

Riederer (3), analysant les divers organes de chiens empoisonnés, a trouvé le mercure ainsi réparti :

Foie	0 gr. 0066	pour 100 gr. d'organes frais.
Cerveau et poumons...	0 gr. 0027	» »
Muscles	0 gr. 0040	» »

Pour Schneider (4), le foie et la rate possèdent la propriété particulière d'absorber et de retenir le mercure pendant un temps assez long.

Nous avons procédé au dosage quantitatif du mercure en nous servant du procédé électrolytique de M. Riche.

Ce procédé rapide et d'une grande exactitude pour le dosage de divers métaux et de leurs alliages a déjà été employé par ce savant chimiste pour la recherche et le dosage du manganèse dans le sang, le lait et l'urine (5).

Nous reviendrons d'ailleurs sur la description de ce procédé dans son application au dosage du mercure dans les liquides pathologiques.

Voici les résultats que nous avons obtenus :

Cœur	33 gr.	0,0035 mercure.
Reins	95 gr.	0,0101 »
Foie	150 gr.	0,0182 »

(1) BALZER et KLUMPKE. *De l'élimination du mercure par les urines pendant et après le traitement mercuriel. Revue de médecine*, 1888, p. 303.

(2) LABORDE. *Journal de médecine*, t. L, p. 37, 1878.

(3) RIEDERER. *Neues Repertor für Pharm.* Band XVII, p. 272-275.

(4) SCHNEIDER. *Répertoire de Chimie pure*, t. II, p. 290.

(5) A. RICHE. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1878. — *Journal de pharmacie et de chimie*, 1878.

Cerveau.....	295 gr.	0,0094 mercure.
Poumons.....	62 gr.	0,0021 »
Rate.....	8 gr.	0,0012 »
Méconium.....	15 gr.	0,0007 »

En faisant la somme des poids de mercure trouvé et celle des matières fournies à l'analyse, on voit que 100 gr. de matières renferment 0 gr. 0068 de mercure.

Si maintenant nous rapportons à 10 pour chaque partie examinée la quantité de mercure, nous trouvons par ordre de décroissance que le mercure se trouve ainsi réparti dans le cas qui nous occupe :

Foie.....	0 gr. 0,0121	pour 10 gr. de matière.	
Rate.....	0 gr. 0,0120	»	»
Cœur.....	0 gr. 0,0106	»	»
Reins.....	0 gr. 0,0106	»	»
Méconium.....	0 gr. 0,0046	»	»
Poumons.....	0 gr. 0,0034	»	»
Cerveau.....	0 gr. 0,0031	»	»

En résumé : La présence du mercure est nettement constatée non seulement chez l'enfant, mais encore dans le liquide amniotique.

C'est ce qu'avait depuis longtemps prévu M. le professeur Fournier sous la direction duquel ces recherches ont été entreprises dans le laboratoire de la clinique.

ÉLECTIONS

Au cours de la séance, ont été nommés :

Membres correspondants étrangers : MM. BRODEUR, de Montréal (Canada) ; le professeur BERGH, de Copenhague ; Edvard ENLERS, de Copenhague ; GODINHO, de Lisbonne ; VALDES-MOREL, de Santiago (Chili).

ERRATUM

Par suite d'une erreur dans le classement des observations de M. Arnozan (séance du 12 avril), l'observation portant le n° 2 doit recevoir le n° 7, et celle portant le n° 4 doit recevoir le n° 8.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU 10 JUILLET

Présentation de malades.

M. BROCC : Syphilis tertiaire ou réinfection.

M. H. FEULARD : Cas de morphée, à plaques multiples et à lésions linguales.

Communications.

M. OUDIN : Notes sur l'atrophie musculaire blennorrhagique.

M. A. RENAULT : Observation de tabes aigu, d'origine syphilitique, suivie de quelques considérations sur les myélites de même nature.

M. BARTHÉLEMY : Résultats comparés de vingt-sept autopsies de fœtus ou enfants mort-nés hérédosyphilitiques.

M. MAURIAU : Syphilis communiquée par un mari à sa femme quatre ans et neuf mois après l'accident primitif.

M. DU CASTEL : Contribution à l'étiologie du pseudo-chancro induré des anciens syphilitiques.

M. GÉMY (d'Alger) : 1° Dermate exfoliatrice généralisée avec intégrité complète des cheveux, des poils et des ongles.

2° Chancro syphilitique labial herpétiforme sans induration ; erreur de diagnostic.

SÉANCE DU 10 JUILLET 1890

Présidence de M. Hardy.

SOMMAIRE. — Présentation d'ouvrages. — Présentation d'un malade atteint de lymphangite gommeuse, par M. HALLOPEAU. (Discussion : MM. ERN. BESNIER, HARDY.) — Résultats comparés de 28 autopsies de fœtus ou enfants mort-nés hérédosyphilitiques, par M. BARTHÉLEMY. — Nouvelles remarques sur les dermatoses vaso-motrices, par M. JACQUET. (Discussion : MM. LAILLER, BESNIER, HARDY.) — Syphilis communiquée par un mari à sa femme 4 ans et 9 mois après l'accident primitif, par M. MAURIAC. (Discussion : MM. HARDY, FOURNIER, LAILLER.) — Observation de tabes aigu, d'origine syphilitique, suivie de quelques considérations sur les myélites de même nature, par M. A. RENAULT. (Discussion : M. MAURIAC.) — 1^o Dermatite exfoliatrice généralisée avec intégrité complète des cheveux, des poils et des ongles ; 2^o Chancere syphilitique labial herpétiiforme sans induration ; erreur de diagnostic, par M. GÉMY (d'Alger). (Discussion : MM. FOURNIER, MAURIAC, BARTHÉLEMY.) — Contribution à l'étiologie des pseudo-chancres indurés des anciens syphilitiques, par M. DU CASTEL. — Une observation de tabes syphilitique guéri par le traitement spécifique, par M. ERN. GAUCHER. — Élections de deux membres titulaires.

M. BARTHÉLEMY offre à la Société, au nom de M. ZAMBACO, une *Étude biologique sur Ricord*, et de la part de M. P. PETIT, un travail sur le *diagnostic précoce de l'épithélioma utérin*.

PRÉSENTATION D'UN MALADE ATTEINT DE LYMPHANGITE GOMMEUSE

Par M. HALLOPEAU.

L'observation du malade présenté par M. Hallopeau sera publiée dans le Bulletin de novembre.

M. ERN. BESNIER. — J'ai appris de mon collègue et maître M. Lailler à connaître et à traiter l'affection dont M. Hallopeau vient de présenter un exemple si remarquable. Nous avons, d'accord commun, dénommé ces lésions, *varices lymphatiques*, à cause de la prédominance manifeste des

lésions du système lymphatique. Nous n'avions conçu aucune opinion sur la nature (tuberculeuse ou autre) de la lésion, mais nous savions qu'elle était incurable et nous étions arrivés à la guérir parfaitement par destruction à l'aide du chlorure de zinc.

Nos malades présentèrent des lésions phlegmoneuses localisées et des lésions osseuses profondes, mais jamais nous n'avons constaté de phénomènes d'infection au voisinage ni à distance et rien qui soit aussi évident que dans le cas de M. Hallopeau.

Aussi devons-nous vivement remercier M. Hallopeau de sa présentation. grâce à sa sagacité clinique nous serons prochainement éclairés sur une maladie que je n'avais comprise, et que les remarques de M. Hallopeau éclairent pour moi d'une lumière très vive.

M. HALLOPEAU. — J'ajouterai une remarque ; dans les trois faits qui se sont présentés, deux à M. Besnier et un à moi, on peut relever des altérations osseuses qui probablement jouent un rôle dans l'affection qui nous occupe.

M. HARDY. — Cette affection est pour moi toute nouvelle et semble créée récemment ; autrefois nous n'en n'avions pas fait une lésion particulière et nous la confondions avec les affections scrofuleuses communes.

RÉSULTATS DE 28 AUTOPSIES (1883-1890) DE MORT-NÉS HÉRÉDO-SYPHILITIQUES

Par M. BARTHÉLEMY.

Dans l'espace de 7 années, j'ai eu l'occasion de pratiquer 28 autopsies d'enfants mort-nés, macérés ou non, soit à terme, soit aux 7^e et 8^e mois de la grossesse, ou bien morts quelques heures ou quelques jours après la naissance, tous tués par l'infection hérédosyphilitique. Ces cas sont ainsi répartis :

5 ont eu lieu en ville (dans ces 5 cas, le père seul était syphilité) ;

9 en divers hôpitaux où la mère seule était connue et où elle présentait des accidents non douteux de syphilis secondaire ;

13 à l'hôpital St-Louis, sur lesquels 7 avaient été procréés par des parents tous deux syphilités ; pour les 6 autres, la mère, seule connue, était malade.

Presque tous ces derniers cas ont été observés dans le service du Dr Porak, ancien accoucheur de l'hôpital St-Louis, et je saisis avec empressement l'occasion de lui adresser tous mes remerciements.

Eh bien, je tiens à le dire immédiatement, dans la plupart des cas,

ou ne trouve rien, pas plus à l'autopsie, où l'on ne constate aucune lésion apparente, qu'au microscope où, le plus souvent même, les résultats sont également négatifs. Et pourtant ces enfants avaient quelque mal puisqu'ils sont morts ; ces fœtus étaient si imprégnés de l'agent infectieux qu'ils n'ont pu vivre ; ils étaient si profondément infectés qu'ils sont morts même avant de naître ; et pourtant, il est impossible de découvrir, par les procédés ordinaires de recherche, la cause de leur mort.

Il en est pour l'infection due à la syphilis héréditaire comme pour les cas où l'infection varioleuse a causé la mort des fœtus, alors même que la mère a guéri. L'enfant qu'elle portait est mort tué par la variole sans qu'on puisse découvrir, du moins dans le plus grand nombre de cas, les traces sur lui, de la maladie varioleuse à laquelle il succombe.

Quoi qu'il en soit, voici les chiffres :

5 fois, gommes visibles : 3 fois du foie seul ; 1 fois du foie, des tibias et des testicules ; 1 fois des mêmes organes, et, en plus, gomme du thymus.

8 fois, pas de gommes visibles ; mais 5 fois, foie silex massif, dont 2 fois seulement avec petits grains de semoule et 3 fois toujours pas de gommes apparentes, mais, au microscope, petits chevelus vasculaires (*gommes miliaires d'Hutinel*), non seulement dans le foie, mais encore dans les reins. Je dois dire que ces deux seuls organes ont été examinés au microscope.

Ainsi donc, dans 13 cas sur 28, des lésions ont été constatées, assez graves sans doute, mais bien propres plutôt à témoigner de l'infection qu'à expliquer la mort. Car, si on peut comprendre la mort causée par la transformation totale du foie en tissu pierre à fusil, on ne la comprend guère par le fait d'une gomme circonscrite du foie ou d'un ostéome gommeux.

Quoi qu'il en soit, dans 15 cas sur 28, nos recherches ne nous ont rien révélé, ni macroscopiquement ni microscopiquement, dans aucun organe (rein, foie, cerveau ou méninges, poumons, os, thymus, organes génitaux, etc...). Jamais rien à la rate, si ce n'est qu'elle est parfois plus volumineuse que normalement (mère syphil. secondaire).

J'ai pu, dans 9 cas seulement, faire l'examen du délivre et des vaisseaux ombilicaux. Sans doute, j'ai observé sur le placenta des points dégénérés, graisseux ou fibreux ; des cotylédons inégalement développés, quelques-uns même aplatis et atrophies. Tandis que certains points étaient décollés et hémorragiques, d'autres présentaient de la sclérose et des adhérences. Toutes ces lésions peuvent être considérées comme banales en ce sens qu'elles ont été signalées chez des mères saines ayant mis au monde des enfants non syphilitisés et bien portants.

Le cordon m'est apparu tantôt « gras », tantôt « maigre », mais jamais sans imperméabilité, tantôt presque droit, tantôt contourné en pas de vis, quelquefois noué. Trop souvent, dans les observations, on attribue la

mort du fœtus aux nœuds du cordon ou à l'enroulement du cordon, soit sur lui-même, soit autour du cou.

On oublie trop souvent que, de même que chez l'adulte pour les invaginations intestinales, il s'agit ici d'un phénomène mécanique survenu *post mortem*; car, dans nombre de mes cas, les fœtus avaient succombé 15 ou 20 jours avant d'être expulsés. Bien souvent, la mort a été causée par l'infection spécifique, la constriction ombilicale n'étant qu'une coïncidence.

L'examen chimique du liquide amniotique n'a pas été pratiquée dans mes recherches. De plus, je dois dire que l'examen microscopique des vaisseaux placentaires et ombilicaux n'a pas été pratiqué. Certes, je regrette ces lacunes et ces omissions, mais la connaissance du placenta normal est encore si incomplète, la description de ses diverses lésions est encore si mal définie, que peut-être l'examen microscopique ne m'eût pas fourni les résultats attendus.

Ces recherches seront d'ailleurs continuées de concert avec mon excellent ami, le Dr Bar, accoucheur de l'hôpital Saint-Louis. Tout récemment encore, une 28^e autopsie a été faite par moi dans son service, d'un enfant né à 7 mois et demi, d'une mère atteinte de syphilis secondaire et mort dix jours après la naissance. Cet enfant n'eut aucune maladie; il ne se développa pas, voilà tout, n'eut pas de diarrhée et s'éteignit. Or, à l'autopsie, je n'ai trouvé absolument aucune lésion appréciable. L'observation sera ultérieurement publiée.

Je terminerai donc comme j'ai commencé :

15 fois sur 28 cas, c'est-à-dire dans plus de la moitié des cas, l'infection hérédo-syphilitique, assez forte pour tuer, n'a laissé sur les organes examinés à la salle d'autopsie et au laboratoire aucune trace appréciable. Et pourtant il y a un mal, et même un mal qui tue! mais où est-il? Quoique la réponse ne puisse pas être catégorique, ce fait m'a paru digne d'être signalé à la Société.

NOUVELLES REMARQUES SUR LES DERMATOSES VASO-MOTRICES

Par M. L. JACQUET.

Les deux observations qui suivent présentent quelque intérêt au point de vue de l'étude de ces dermatoses, et serviront à appuyer en les précisant des idées que j'ai précédemment émises à ce sujet (1).

OBSERVATION I. — *Urticaire dermatographique chronique à paroxysmes aigus*. — R..., M..., âgé de 40 ans, mécanicien, se présente le 15 octobre 1886 à la

(1) *Annales de dermat.*, 1888, p. 529, et 1890, p. 487.

consultation de l'hôpital St-Louis, pour une douleur de la hanche droite qui rend la marche difficile. On le soulage de cette douleur par application de quatre ventouses scarifiées. Quelques jours plus tard le malade revient pour un point douloureux nouveau à la région lombaire ; la percussion, même légère, des apophyses épineuses à ce niveau, est très sensible. Je remarque alors seulement que le malade est nettement *dermographique* et il me raconte ce qui suit : il souffre de démangeaisons depuis 3 ou 4 ans au moins ; il ne se rappelle aucune circonstance particulière lors de leur début. Elles sont plus violentes à certains moments de la journée, après les repas particulièrement et le soir, quand il se déshabille, ou plutôt deux ou trois minutes après qu'il s'est mis au lit. Il est alors couvert de stries et de plaques ortiées. Comme antécédents : mère « *très migraineuse* », père encore vivant, « *très nerveux* ».

En ce qui le concerne, variole en 1870, pas d'autres maladies. Il boit un litre de vin par jour ; « *parfois* » un peu d'eau-de-vie et d'absinthe. Il ne présente pas de signes bien nets d'alcoolisme.

Je le fais déshabiller devant moi et il m'apprend que des démangeaisons naissent aussitôt en divers points.

Le *dermographisme* existe partout, les stries provoquées durent 20 minutes environ. Certaines régions de la peau étaient le siège d'un prurit intense sans qu'il s'y montrât la moindre élévation, *si je n'y portais d'excitation directe* et, par contre, j'ai fait naître par la pression, l'érythème et l'œdème caractéristiques, sur des surfaces absolument indemnes de prurit.

Le malade a consenti à se laisser appliquer un bandage ouaté *sur le tronc*, plus particulièrement atteint par le paroxysme vespéral.

Il est revenu une semaine plus tard me disant très nettement de lui-même que pendant les 3 ou 4 premiers jours il n'avait plus eu sur la partie enveloppée aucune sensation prurigineuse, puis que le bandage s'était relâché et qu'il avait recommencé à se gratter. Le bandage est, en effet, en fort mauvais état.

Je le renouvelle en lui recommandant de le faire arranger si besoin est.

J'apprends la semaine suivante, que, non seulement il n'a *plus souffert du tout* au niveau du tronc, mais encore qu'il lui semble qu'il y a amélioration pour le reste du corps.

Je ne l'ai pas revu de nouveau.

OBSERVATION II. — *Kyste hydatique du foie. — Ponction. — Intoxication hydatique. — Urticaire.* — La nommée Bob..., Joséphine, âgée de 52 ans, ménagère, entre le 21 novembre 1887 dans le service de M. Debove (hôpital Andral), pour un kyste hydatique du foie, dont l'existence d'après les renseignements qu'elle fournit paraît remonter à deux ans environ.

Le kyste fait une saillie notable à la région épigastrique. Depuis un an, peu d'appétit ; digestions lentes. Deux mois avant son entrée dans le service elle a commencé à ressentir des *démangeaisons très vives*, sans aucune lésion cutanée. Pas d'ictère.

Le 25 novembre. M. Debove ponctionne le kyste avec une aiguille fine de l'appareil aspirateur et retire 500 gr. de liquide *eau de roche*, puis injection d'une quantité égale de sublimé au 10 millième ; le soir, T. 37°. Douleurs assez

fortes au creux épigastrique et à la région thoracique antérieure. Ces douleurs ont un retentissement notable à l'épaule droite, dont les mouvements sont difficiles et douloureux.

26 nov. Ce matin sensations de cuisson et de brûlure sur le ventre et le haut des cuisses, accompagnées de nombreuses papules, plaques et stries d'urticaire.

Toux fréquente.

Le soir, T. 38°. Abattement. — Oppression. Toux sèche, quinteuse, très pénible. *Auscultation négative.* L'urticaire a augmenté et s'est étendue aux membres supérieurs.

27 nov. Nuit agitée avec démangeaisons très vives et toux persistante. Nombreuses élevures ortiées.

Je fais un enveloppement ouaté des membres supérieur et inférieur *gauches*.

28 nov. Dans la journée d'hier et la nuit le prurit et l'urticaire ont été très violents excepté aux parties enveloppées, qui sont demeurées *absolument indemnes*. — La malade réclame un enveloppement général.

Le liquide du kyste s'est partiellement reproduit.

La toux a encore augmenté, avec les mêmes caractères de sécheresse quinteuse ; expectoration de quelques crachats séreux et spumeux.

29 nov. L'urticaire a beaucoup diminué, la tuméfaction hépatique augmente.

30 nov. Disparition complète de l'urticaire et de la toux.

2 décembre. Le prurit qu'avait *autrefois* éprouvé la malade a reparu assez intense. Elle se rend très bien compte de sa nature différente de celle des *sensations urticariantes* : *Celles-ci, dit-elle, étaient comme une sorte de chaleur à la peau et de brûlure sur une grande surface, mais maintenant ce sont des picotements et des élancements moins étendus.* Elle se gratte avec persistance sans qu'il se produise de stries ni de plaques ortiées.

Le 6. Le prurit est de plus en plus violent, la toux quinteuse a persisté.

Ponction avec le gros trocart : on retire seulement deux ou trois cuillerées d'un liquide rouge acajou dans lequel se dépose par le repos une couche assez épaisse de cristaux, de débris de membranes avec quelques traces d'hydrides.

Après la ponction, douleur à l'épaule droite moins vive pourtant que la première fois. La région péri-ombilicale est aussi très sensible. Abattement. pâleur excessive, sueurs froides. La malade est assise sur son lit soutenue par des coussins, on essaye de la faire coucher : cette tentative détermine des douleurs abdominales atroces pendant lesquelles le facies se grippe.

Dans l'après-midi, l'ingestion d'une tasse de lait provoque des vomissements. Les quintes de toux sont fréquentes, tous ces efforts entraînent de vives souffrances. Les démangeaisons sont très vives, la malade croit son urticaire reparu ; il n'en est rien pourtant, il n'y a pas trace d'élevures ortiées.

Le 7. La nuit presque entière s'est passée en cet état ; mais, le matin, accalmie notable qui va s'accentuant dans la journée.

Le soir, tout est déjà rentré dans l'ordre : il n'existe plus qu'un peu de sensibilité abdominale.

L'on voit bien nettement, dans ces deux cas, l'influence de l'enveloppement sur la névrose cutanée : les excitations de la peau supprimées, plus

de prurit et plus d'élevures. Mais, en outre, chacun d'eux présente quelques particularités dignes de remarques ; le premier nous montre :

1° Que le prurit peut naître spontanément, ou tout au moins sous l'action d'une excitation légère (exposition à l'air frais), mais que si une excitation plus forte (contact direct, frottements, etc.) n'intervient pas il n'y a pas apparition de plaques, ni d'élevures.

2° Que l'on peut, par excitation directe de la peau, déterminer l'œdème aigu qui constitue les élevures et les plaques sans qu'aucune sensation prurigineuse les ait précédées.

Dans le second cas, nous assistons à la dissociation de sensations prurigineuses d'origine vraisemblablement différente. Les unes, chaleur à la peau, cuisson, brûlure, d'origine sympathique, vaso-motrice et éminemment urticariantes ; les autres, siégeant sans doute au niveau des extrémités nerveuses du système cérébro-spinal, et non urticariantes.

Je me borne aujourd'hui à l'exposé de ces faits, simples documents pour servir à l'histoire des névralgies et névroses cutanées. Ils ont de l'intérêt au point de vue de l'étude encore incomplète des divers prurits d'une part, et des relations entre les prurits et le phénomène de l'urtication.

M. LAILLER. — Dans l'expérience faite par M. Jacquet deux éléments actifs peuvent entrer en ligne de compte, l'enveloppement par l'ouate et la compression, l'un et l'autre peuvent ajouter leur action ou peut-être l'un des deux seul suffirait-il à produire les résultats obtenus. L'expérience pourrait être conduite dans ce sens.

M. JACQUET. — Dans l'enveloppement tel que je le pratique la compression est généralement réduite au minimum, et, suivant moi, la soustraction de la peau aux influences extérieures est la condition essentielle. L'enveloppement par le caoutchouc donnerait peut-être les mêmes effets.

M. E. BESNIER. — Je crois cependant que M. Jacquet fera bien de continuer l'emploi de la compression ouatée qui lui a déjà donné des résultats très intéressants.

M. HARDY. — On ne peut cependant envelopper ainsi la surface entière des téguments. Le prurit, de plus, apparaît au moment où les malades quittent leurs vêtements, où l'épiderme est en rapport avec l'extérieur ; dès qu'ils ont pu se gratter, presque toujours l'irritation cesse et le prurit disparaît.

M. BESNIER. — Je ne voudrais pas que l'on pût mal interpréter les

dernières paroles de M. Hardy, et qu'on en inférât que le grattage doit être regardé comme le traitement du prurit, de l'urticaire ; dire aux malades : vous avez des démangeaisons, grattez-vous ; tel n'est pas, j'en suis sûr, le conseil qui doit servir de conclusions aux paroles de M. Hardy.

M. JACQUET. — Dans les études que je poursuis depuis quelque temps, j'ai beaucoup moins en vue le *traitement* que la *pathogénie* de l'urticaire et de quelques autres dermatoses.

SYPHILIS COMMUNIQUÉE PAR UN MARI A SA FEMME QUATRE ANS ET NEUF MOIS APRÈS LE DÉBUT DE L'ACCIDENT PRIMITIF

Par M. CH. MAURIAC.

Une des questions les plus délicates et des plus difficiles à résoudre, c'est celle de savoir à quelle époque la syphilis cesse d'être contagieuse et transmissible par hérédité. De quelle importance ne serait-il pas, à tous les points de vue, d'avoir à cet égard des données positives résultant tout à la fois de l'expérimentation et de la clinique, et capables de nous donner une certitude absolue ? Malheureusement il n'en est pas ainsi. Nos prévisions ne reposent que sur des probabilités. Il n'existe aucun signe qui nous permette d'affirmer que, chez tel ou tel malade, la syphilis a cessé d'être virulente et par conséquent contagieuse et transmissible par hérédité.

Sans doute, il y a un ensemble de circonstances qu'on est en droit de considérer comme une sauvegarde contre de pareils dangers ; mais si nombreuses, si rassurantes que soient ces circonstances, elles ne nous donnent point une sécurité complète. Nous sommes contraints par la force des choses de faire des réserves et de laisser toujours une trop large place aux chances heureuses ou malheureuses.

Dans la grande majorité des cas, ces chances sont heureuses, lorsque le temps nous venant en aide, nous n'avons rien négligé pour éteindre définitivement la virulence. Mais ne rencontrons-nous pas dans la pratique des cas qui semblent se jouer de notre prudence, comme ils semblent aussi parfois justifier la témérité de ceux qui ne tiennent aucun compte de nos conseils ? Le cas que je vais vous exposer est un de ceux qui montrent que toutes les précautions que nous prenons pour prévenir la contagion syphilitique sont quelquefois inutiles.

Parmi mes clients, j'en avais un qui se montrait particulièrement perplexe au point de vue des dangers qu'il faisait courir à son entourage. Sa crainte

constante était de communiquer la syphilis dont il était atteint depuis le mois de juillet 1885. A cette époque, je l'avais soigné pour un chancre syphilitique très bénin, en tant que lésion locale, et qui n'avait été suivi que d'une roséole éphémère et de quelques plaques muqueuses buccales et génitales. Il se traitait avec le plus grand soin, ne négligeait aucune de mes prescriptions et avait plutôt de la tendance à les exagérer.

Pendant trois années, il ne cessa presque pas de prendre du mercure et de l'iodure de potassium. C'est à peine s'il respectait les intervalles de repos que je lui imposais dans le traitement.

Il venait souvent me consulter et me demandait à quelle époque il pourrait se marier. J'ajournais toujours ses projets ; il ne s'en étonnait point et se montrait d'une docilité scrupuleuse.

Plusieurs fois, il lui était survenu sur les bourses de très petites érosions que j'avais examinées avec la plus grande attention et qui m'avaient semblé appartenir plutôt à des érosions herpétiques qu'à des plaques muqueuses nettement formulées.

Néanmoins, je les avais traitées comme si elles avaient été spécifiques, ce que je fais toujours pour les lésions herpétiques ou autres qui se développent sur la peau et les muqueuses pendant la période virulente de la syphilis. En outre, j'avais averti le malade qu'elles étaient aussi dangereuses que les grosses papules suintantes de cette région.

Il y avait longtemps qu'aucune manifestation n'était survenue. Aussi quatre ans et cinq mois après le début de l'accident primitif, je permis à mon client de se marier.

Je ne pensais plus à lui, lorsque le 18 mai 1890, je fus fort étonné de recevoir une lettre dans laquelle il me disait que sa femme avait depuis un mois et demi, des grosseurs autour de l'anus, que c'était peut-être des hémorroides, mais qu'il craignait bien cependant de l'avoir infectée. Il ajoutait que, honteux d'avoir contracté la syphilis, il n'avait point voulu m'avouer en 1885, ni depuis, qu'il était marié longtemps avant d'avoir eu son chancre.

Sachant combien il était timoré, ma première impression fut que ses craintes étaient chimériques.

Mais lorsque j'eus examiné sa femme, force me fut bien de reconnaître qu'elles n'étaient que trop justifiées.

En effet, cette dame avait une roséole maculeuse confluyente, des croûtes sur le cuir chevelu, des adénopathies cervicales, des plaques muqueuses sur les grandes et sur les petites lèvres, bref une syphilis dont le début devait remonter à six ou sept semaines environ.

L'accident primitif siégeait à la partie la plus reculée du périnée, en avant de l'anus. Il y avait là deux ou trois petites tumeurs, très dures, cicatrisées, squameuses qui n'étaient point des hémorroides sèches, mais bien les restes de la néoplasie infectante.

Cette néoplasie avait probablement été communiquée par une de ces petites érosions herpétiformes du scrotum auxquelles le malade était sujet, et qui n'étaient en réalité que des plaques muqueuses presque imperceptibles. Il affirmait cependant qu'il n'avait pas eu de ces éruptions depuis fort longtemps.

Il n'en était pas moins intimement convaincu qu'il avait communiqué la

syphilis à sa femme, et cela quatre ans et neuf mois après le début de cette maladie qu'il n'avait presque pas cessé de traiter.

Je ne doutai pas non plus que cette femme n'eût été victime de la syphilis de son mari. Il serait facile d'objecter qu'un autre aurait bien pu la lui communiquer. Mais cette objection banale n'est pas admissible ici, et c'est avec la plus entière certitude morale que je vous donne ce cas comme l'exemple d'une syphilis encore contagieuse, quatre ans et neuf mois après le début de l'accident initial, quoiqu'on eût pris contre elle toutes les précautions possibles pour conjurer une semblable éventualité.

M. HARDY.— Une telle observation rend très difficile la solution d'une question bien souvent posée au médecin : à quelle époque peut-on autoriser un syphilitique à se marier. Elle rend la question insoluble, et cela d'autant plus qu'elle s'ajoute à d'autres observations déjà nombreuses, plus nombreuses qu'on ne pouvait le croire autrefois, alors qu'on observait avec moins de persévérance.

M. FOURNIER. — J'ai déjà dans mon ouvrage, *Syphilis et mariage*, montré toutes les difficultés d'une telle question, j'ai montré combien était délicate la situation du médecin et je ne saurais trop répéter que je partage à cet égard l'opinion de M. Hardy. Il y a des contagions qui se produisent contre toute prévision, à des époques extraordinairement tardives. M. Landouzy en a rapporté deux exemples au congrès dernier ; moi-même j'ai publié un cas de contamination se faisant quinze ans après la première atteinte.

Il s'agissait d'un malade ayant été atteint d'une syphilis bénigne, qui s'était traité avec soin et longtemps, qui ne s'était marié que très tardivement. A un moment, il présenta de très légères érosions linguales n'ayant nullement les apparences de la plaque muqueuse, à peine visibles, à peine perceptibles ; quelque temps après sa femme présenta un chancre labial qui fut bientôt suivi d'accidents secondaires. Je n'insiste pas sur les conditions morales qui sont telles qu'il n'y a pas à soupçonner la malade de s'être exposée à une autre cause possible de contagion.

Il faut bien savoir qu'il est très fréquent de voir des accidents tout à fait superficiels, en apparence légers, *secondaires d'aspect*, des accidents qui ne seraient pas déplacés dans les premiers mois de la syphilis. se produire après dix, quinze ans de vérole. Des glossites sèches, le psoriasis palmaire, etc., qui sont des accidents précoces, peuvent aussi se rencontrer chez des malades traités après huit, dix, quinze ans de syphilis. De même des rougeurs à peine érosives du prépuce ; enfin, nous avons pu observer un véritable érythème tertiaire, sur deux malades, simulant à s'y méprendre une véritable roséole, très discrète, sié-

geant surtout sur les avant-bras et sur le tronc, et tellement insolite à cette période de la syphilis que je ne pouvais y croire. Ces lésions analogues comme aspect, comme siège, comme évolution aux accidents de la période secondaire, sont identiques aussi au point de vue de la contamination, identiques au point de vue du danger qu'elles offrent.

M. HARDY. — Il est arrivé qu'on ne peut trouver chez un mari qui a infecté sa femme, des lésions actuelles qui peuvent expliquer cette contamination, que malgré l'examen le plus attentif on ne peut découvrir la moindre cause à cette contagion. Ne serait-il pas alors acceptable de penser à une contagion sans lésion extérieure. A une contagion possible par le sperme, par le sang ?

M. MAURIAC. — J'ai observé quelques faits analogues à celui que vient de nous citer M. Fournier. J'avais soigné un malade atteint de syphilis au début de ses accidents. J'avais eu l'occasion de le revoir ; neuf ans après son premier accident, il me pria de l'examiner, devant se marier quelques semaines plus tard. Je ne trouvai aucun accident. Il se maria ; deux mois après, il me présentait sa femme atteinte d'accidents tout à fait récents, d'une syphilis de quelques semaines. Le mari était certes l'auteur de cette contamination ; neuf ans après son chancre ! Je dois ajouter que la jeune femme n'avait pas eu de fausse couche qui puisse faire entrer en jeu l'idée d'une syphilis conceptionnelle.

Dans un autre cas, j'ai soigné un malade pendant cinq ans ; pendant toute cette période il n'eut aucun rapport avec sa femme. Au bout de ce temps il eut un seul rapport ; il contamina sa femme. Des faits semblables détruisent tout calcul et déjouent toute prévoyance. On ne peut donner des conseils que d'après des probabilités et l'on doit toujours savoir combien on expose sa responsabilité. Pour terminer, je citerai le fait suivant, d'un de mes malades, pharmacien, qui se soigna avec constance, outrepassant parfois, tant étaient grandes ses craintes, mes recommandations, pendant trois années et auquel au bout de ce temps je permis de se marier. La femme eut la syphilis et l'enfant naquit syphilitique. Ce fut à moi, à mes conseils qu'on attribua tous ces malheurs.

M. LAILLER. — J'ajouterai, à ce que nous a dit excellemment M. Fournier, que les accidents superficiels, tardifs résistent presque toujours au traitement spécifique, quelle que soit la façon de l'administrer et dans presque tous les cas qu'il m'a été donné d'observer, j'ai dû renoncer à traiter ces malades.

M. MAURIAC. — Les malades atteints d'accidents secondaires après une longue période de syphilis sont assez fréquents, mais il faut parfois distinguer chez eux ce qui doit être attribué en propre à la syphilis et ce

qui lui doit être refusé. Elle peut n'être qu'une cause occasionnelle et non la cause intime. Actuellement, j'observe un malade atteint de glossite superficielle et de psoriasis palmaire unilatéral, ce malade est un ancien syphilitique, vingt ans de syphilis ; et cependant je rapporte ces lésions beaucoup plutôt à un eczéma de la langue et de la paume des mains qu'à la syphilis.

M. HARDY. — Si le malade a un psoriasis d'une seule main, il est probable qu'il est syphilitique.

M. LAILLER. — J'ai vu le malade dont M. Mauriac vient de résumer l'histoire : c'est un syphilitique de 14 ou 15 ans. Comme M. Mauriac, je pensai plutôt à de l'eczéma lingual et palmaire. J'ajouterai que ce malade est marié et que sa femme n'a jamais rien eu.

M. HARDY. — Il faut se défier de la tendance en quelque sorte invincible, que l'on a toujours à rattacher à la syphilis toute lésion cutanée survenant chez un syphilitique.

M. FOURNIER. — Il est des cas de diagnostic extrêmement difficile sinon impossible, surtout lorsqu'il s'agit des lésions de la langue et de la paume des mains. Mais il y a par contre des faits qui ne peuvent donner lieu à aucune équivoque.

M. Hardy a admis la possibilité de la contagion sans lésion. Il y a là matière à une doctrine bien périlleuse ; surtout à l'heure actuelle où elle pourrait être invoquée par les partisans de la non-répression de la prostitution. Récemment, un médecin russe, dans la *Revue de Morale indépendante*, publiée à Genève, reprenait et défendait cette même doctrine. Si les prostituées peuvent transmettre la syphilis sans lésions, à quoi bon les surveiller, les visiter ? On ne trouve rien, elles sont néanmoins dangereuses, et cet argument est tout au long développé. C'est là un danger, un grand danger. Il ne faut donner cette doctrine que comme une hypothèse, une simple hypothèse, malgré les quelques cas où moi-même j'ai été forcé de croire à sa réalité. Il faut se rappeler que l'accident qui transmet la contagion peut être tellement minime qu'il peut passer inaperçu et tromper l'observateur même le plus attentif.

J'ai eu un malade, médecin lui-même, qui fut atteint d'un chancre de la lèvre, dû au contact d'un couteau à papier, qui s'observa et avec le plus grand soin et l'attention la plus scrupuleuse, et néanmoins contagionna sa femme. Une simple petite érosion, malgré ses examens répétés, était passée inaperçue, et avait suffi à causer le malheur qu'il redoutait.

Il faut donc avant d'admettre la doctrine périlleuse de la transmission sans lésion, garder la plus grande circonspection et pour moi je reste partisan convaincu de la transmission *par lésion inaperçue* dans les cas inexplicables.

M. HARDY. — Il faut aussi ajouter que le temps qui s'est écoulé entre le moment où s'est faite la contamination et celui où le malade est examiné a pu permettre à cette lésion minime, à peine perceptible, de se guérir, de disparaître et par suite de rester inconnue au médecin qui ne voit le malade qu'ultérieurement.

SUR UN CAS DE MYÉLITE SYPHILITIQUE LOMBAIRE AIGUE

Par M. ALEX. RENAULT.

Bien que, dans ces dernières années, les observations de myélites attribuables à la syphilis se soient multipliées, il reste encore largement à glaner sur ce terrain. Quand une inflammation de la moelle survient chez un syphilitique, longtemps surtout après l'apparition du chancre initial, le clinicien se demande, à juste raison, si ce n'est pas affaire de pure coïncidence. Le plus souvent, rien dans les symptômes ne justifie la croyance à une origine spécifique. On peut dire, en effet, sans crainte de contradiction, qu'une myélite syphilitique ressemble trait pour trait à une myélite ordinaire. Trouve-t-on un critérium dans les effets du traitement ? La chose est possible ; fâcheusement elle est loin d'être constante. Le traitement a enrayé certaines myélites ; il en a amélioré d'autres ; mais trop souvent, en dépit de son énergie, il est resté impuissant. La mort est advenue.

Les recherches cadavériques ont-elles élucidé le problème ? Dans les deux observations remarquables de myélites aiguës centrales, rapportées par M. Déjerine dans la *Revue de médecine* (janv. 1884), il n'en a rien été. L'auteur déclare que la symptomatologie et l'anatomie pathologique sont restées muettes, relativement à l'origine spécifique de la maladie.

Dans les derniers mois de l'année 1889, MM. Gilbert et Lion ont publié dans les *Archives générales de médecine* un mémoire très intéressant sur les myélites syphilitiques précoces. Ils avaient été précédés, dans cette voie, par M. le D^r Breteau, qui sous l'inspiration de M. Mauriac, a consacré à ce sujet sa thèse inaugurale. Les observations de ces derniers auteurs ne peuvent être comparées à la nôtre, puisque, dans notre cas, il s'agit d'une myélite à échéance lointaine. Cependant, grâce à leurs recherches, la question a fait un pas important. Il faut reconnaître en effet que les particularités cliniques, notées par eux, à savoir : l'apparition précoce des accidents médullaires, le succès habituel du traitement, dans les cas malheureux, la découverte sur le cadavre de la gomme ou

de la sclérose spécifiques, constituent de puissants arguments en faveur de la syphilis.

Mais la question est loin d'être jugée, en ce qui concerne les myélites tardives. Aussi est-il nécessaire que chaque fait nouveau soit recueilli avec le plus grand soin, que l'époque d'apparition de la localisation médullaire, les phénomènes cliniques, leur enchaînement, leur mode d'évolution soient notés minutieusement, que les pièces cadavériques enfin, quand il y a lieu, soient soumises à l'examen le plus rigoureux pour qu'on ait chance d'aboutir à catégoriser la myélite syphilitique tertiaire et à lui donner une autonomie véritable.

Telles sont les raisons qui nous ont décidé à recueillir l'observation suivante. Le malade qui en fait l'objet a été traité par nous à l'hôpital d'Aubervilliers, au temps où nous dirigeons le service des varioleux.

Le nommé S..., âgé de 38 ans aujourd'hui, avait eu, jusqu'en 1877, une santé excellente.

Il est inutile, en effet, d'insister sur deux blennorrhagies, antérieures à cette date, blennorrhagies qui n'ont laissé aucune trace et n'ont aucun rapport avec les accidents actuels :

En 1877, le 2 mai, il remarqua une ulcération sur le gland. Il était, à cette époque, en garnison à Bayonne. Admis à l'hôpital militaire il fut traité pour un chancre syphilitique, dont il n'obtint la guérison qu'au bout de deux mois. De très bonne heure l'ulcère spécifique avait manifesté sa malignité en s'agrandissant outre mesure et d'autre part en se montrant rebelle à l'action de tous les topiques, usités en pareil cas. Seule, la cautérisation au fer rouge finit par en triompher et amener la cicatrisation définitive.

Mais, à peine le chancre terminé, survenaient un état général alarmant sans localisations déterminées et surtout une fièvre intense et persistante, prélude d'accidents secondaires graves,

Le malade ne tardait pas, en effet, à voir éclore sur la totalité des téguments, voire même sur le cuir chevelu, une éruption croûteuse, recouvrant des ulcérations d'étendue variable. En dépit d'un traitement très énergique, les ulcérations ne se cicatrisèrent qu'après un séjour de deux mois aux eaux de Barèges, en même temps que s'amélioraient sous l'influence bienfaisante des thermes, l'anémie extrême et l'état général, déplorable depuis le début des accidents secondaires,

En décembre 1878, deux mois après la saison de Barèges, il survint une nouvelle poussée ulcéreuse, beaucoup plus discrète que la première et dont la guérison ne se fit pas trop attendre.

Au dire du malade, là se bornèrent les accidents secondaires. Il n'aurait eu ni alopecie, sauf au niveau des ulcérations du cuir chevelu, ni angine spécifique, ni plaques muqueuses aux parties génitales ou au pourtour des orifices naturels.

L'amélioration ne fut pas de longue durée. Dès l'année suivante, en 1879, il entra à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Fournier, pour une série d'accidents tertiaires, dont il n'a pu nous fournir le détail, mais qui ont abouti, entre autres, à la nécrose et à l'élimination de la sous-cloison

nasale et en outre à la mutilation des deux ailes du nez. Les accidents durèrent près de trois ans. Il prit jusqu'à 12 grammes d'iodure de potassium par jour ; la guérison ne fut définitive qu'en 1881.

Elle resta durable pendant huit années environ. Il est douteux en effet que l'on puisse mettre sur le compte de la syphilis quelques douleurs sciatiques, qui disparurent d'ailleurs spontanément. M. le professeur Fournier avait recommandé au malade, à sa sortie de l'hôpital, de prendre chaque année, à époque fixe, une certaine dose d'iodure. Comme il arrive le plus souvent, cette recommandation ne fut pas suivie, la santé apparente étant bonne.

C'est le 12 août 1889 qu'éclatèrent les accidents du côté de la moelle. Peu de jours auparavant S... avait ressenti quelques inquiétudes, quelques fourmillements dans les membres inférieurs.

Le 12 août, il remarqua tout à coup que ses jambes faiblissaient et avaient peine à le soutenir. En même temps les fourmillements redoublaient, et il survenait des douleurs très aiguës vers les extrémités.

Trois jours après, la paraplégie était complète et s'accompagnait de la paralysie des réservoirs.

La motricité n'était point seule atteinte ; il y avait concurremment perte de la sensibilité au tact, à la douleur et à la température, abolition des réflexes rotulien et plantaire.

Indépendamment des troubles médullaires, il faut noter la chute incomplète et fugace de la paupière supérieure gauche, la dilatation de la pupille à gauche et un affaiblissement notable de la vue.

Je désire en particulier attirer l'attention sur les douleurs atroces qui se produisirent vers les extrémités des membres et torturèrent presque sans rémission le malade, qui les comparait à un écrasement des os.

Le traitement mixte est institué dans toute sa rigueur : « frictions avec 6 grammes, puis bientôt 8 grammes d'onguent napolitain par jour et ingestion d'une dose quotidienne de 4 grammes d'iodure de potassium, portée rapidement à 8 grammes ». Nous prescrivons en même temps contre l'élément douleur des piqûres de morphine, dont le malade, en raison du soulagement qu'elles lui procurent ne tarde pas à abuser, malgré nos recommandations, puisqu'il arrive rapidement à dépasser la dose de 30 centigrammes par jour. Pour remédier à cet abus, la morphine est remplacée par l'atropine, mais sans succès. Il devient nécessaire de revenir au premier médicament, d'autant plus que les troubles de la vue, signalés plus haut, semblaient aggravés par l'action de l'atropine.

Malgré le traitement, non seulement la paralysie ne subit aucun changement favorable jusqu'à la fin du mois d'août, mais, à cette date, survinrent de nouveaux accidents, qui démontrèrent à l'évidence que l'axe médullaire était envahi dans toute son épaisseur.

Nous voulons parler de troubles trophiques étendus et graves au niveau des extrémités.

A chaque main, les quatre premiers doigts se recouvrirent de bulles volumineuses, distendues par un liquide un peu louche. Même éruption au niveau de la plante des pieds et à la face inférieure des orteils. Aux doigts, la sérosité des ampoules se résorba, et après desquamation l'épiderme se reforma sans laisser de cicatrice. Mais au niveau de la surface plantaire et des orteils

du pied droit, où les bulles étaient confluentes, le derme fut frappé de nécrobiose et l'on se trouva, après la rupture des ampoules et l'écoulement de leur contenu, en présence d'une vaste perte de substance, n'offrant aucune tendance à la réparation.

Ce ne fut qu'au bout de deux mois que la cicatrisation put être considérée comme complète. Indépendamment du traitement interne, elle fut favorisée par l'application de compresses, trempées alternativement dans une solution de sublimé et dans une solution d'eau boriquée.

Nous devons maintenant parler d'une autre série d'accidents, qui procéderaient par crises et dont le début coïncida avec l'apparition des troubles trophiques, c'est-à-dire vers la fin du mois d'août.

A cette époque le malade fut atteint brusquement d'une crise d'oppression et de palpitations avec tendances syncopales, quasi subintrantes, qui mit sérieusement ses jours en péril.

Il fallut avoir recours aux injections de caféine pour remonter l'organisme défaillant et conjurer l'imminence du danger.

Ces crises se renouvelèrent plusieurs fois avec leur cortège de symptômes alarmants, sans que l'on pût rattacher leur apparition à une cause adjuvante.

Ce n'est que vers le commencement d'octobre que les phénomènes morbides s'amendèrent progressivement et que le mal commença franchement à rétrocéder. La paraplégie s'atténua peu à peu et le malade put remuer ses jambes. Dans le courant du mois, la marche était redevenue possible.

Quant à la miction, elle ne put s'accomplir naturellement que dans le courant du mois de novembre.

Aujourd'hui le malade marche : la paralysie des sphincters a totalement disparu. Les réflexes plantaires existent ; mais la réflexivité rotulienne est encore faible, à gauche surtout. Il persiste quelques troubles de la sensibilité. S... se plaint souvent de fourmillements et de quelques douleurs au niveau des extrémités, principalement quand le temps devient froid. Lorsqu'il marche, il lui semble que sa chaussure est doublée d'une semelle très épaisse. Les membres inférieurs, le gauche principalement, ont subi une diminution de volume. Il est fort probable que cette atrophie sera simplement temporaire et que l'électricité, jointe à l'exercice, en viendra rapidement à bout.

Deux mots, en terminant, sur le traitement, suivi du mois d'août au mois de décembre 1889.

En août, pendant trois semaines, frictions avec 4, 6 et 8 grammes d'onguent napolitain ; ingestion de 4, 6 et 8 grammes d'iodure de potassium.

De septembre à décembre, usage alternatif des frictions et de l'iodure aux doses précédemment indiquées ; durée de chaque période, équivalente à trois semaines environ, d'après la méthode de M. le Prof. Fournier.

Le malade n'a pas eu heureusement de stomatite, bien que je n'aie pu obtenir de lui l'abstention complète de la cigarette, mais ses dents sont très ébranlées et il a conservé une salivation rebelle :

Au traitement interne a été jointe l'application, répétée à peu près tous les huit jours, de pointes de feu dans la longueur de l'axe vertébral. Souvent les séances ont été incomplètes, en raison de l'impressionnabilité du malade, que rien ne pouvait surmonter.

Inutile d'ajouter que la médication tonique a été employée *largà manu*.

En récapitulant les points principaux de cette observation, est-on en droit de conclure que la myélite qui en fait l'objet soit d'origine spécifique?

On ne peut assurément arguer de l'existence chez le sujet de manifestations syphilitiques antérieures. Le début des accidents, remontant à douze ans, 1877 à 1889, la relation de cause à effet ne peut être invoquée au même titre que dans les cas de myélites précoces.

La malignité de la vérole est un argument plus sérieux. Pendant près de trois ans, de 1879 à 1881, le malade a été atteint d'accidents continus et graves, qui n'ont cédé qu'à une médication très énergique. Il est vrai que ce n'est que huit ans plus tard qu'ont éclaté les manifestations médullaires. On peut donc rationnellement encore invoquer ici la coïncidence. Remarquons en passant que, malgré les recommandations à lui faites, S... n'avait repris, durant ce laps de temps, aucun remède spécifique : nouvelle preuve à l'appui de la doctrine, défendue si énergiquement par M. le professeur Fournier, d'opposer à une syphilis grave une médication très prolongée et administrée méthodiquement, même en l'absence de tout accident.

Que dire de la symptomatologie? A-t-elle offert quelque particularité de nature à éclairer sur la cause morbide véritable? Nous le pensons et nous allons essayer d'en fournir la preuve.

Et d'abord, remarquons que cette myélite est apparue sans raison, sans motif plausible, au milieu d'une santé, parfaite en apparence. Voici déjà un premier fait qui mérite attention. Il est bien exceptionnel, en effet, qu'une myélite survienne en dehors de toute cause appréciable.

Si, maintenant, nous analysons attentivement les symptômes, il est impossible de méconnaître que certains d'entre eux offrent quelque chose d'inusité, de contraire à l'évolution habituelle des myélites diffuses et aiguës. Des phénomènes initiaux, toutefois rien à dire. Les sensations subjectives dans les membres inférieurs, la paraplégie secondaire motrice et sensitive, la paralysie des sphincters, la perte des réflexes rotulien et plantaire, tout cela se rencontre dans la myélite parenchymateuse aiguë. Les troubles trophiques eux-mêmes n'éclairent pas davantage la pathogénie. Ils indiquent l'envahissement des portions profondes de la moelle et rien autre chose. Mais comment expliquer la chute incomplète de la paupière supérieure gauche et surtout les accès brusques d'oppression et de palpitation, avec tendances syncopales procédant par crises, presque subintrantes d'abord, puis séparées par des intervalles de calme absolu et traduisant, à n'en pas douter, des troubles graves du centre bulbaire.

Voici assurément, dans le cours d'une myélite diffuse, des phénomènes bizarres, inaccoutumés. Ce n'est pas ainsi que la dyspnée procède, lorsque la lésion médullaire survient en dehors de la vérole. Elle est continue, progressive et aboutit à l'asphyxie quand la lésion ne rétrocede

pas. Pourquoi cette différence symptomatique? C'est que, dans l'un et l'autre cas, l'obstacle respiratoire est d'origine bien différente. Dans le premier, il est au bulbe et tient à des troubles du pneumogastrique; dans le second il est à la moelle et dépend de la paralysie des muscles intercostaux. Aussi qu'observons-nous chez notre malade? Des troubles simultanés de la respiration et de la circulation, en raison de la double distribution du nerf vague, tandis que, dans la myélite vulgaire, le cœur reste presque toujours calme.

Or on sait aujourd'hui que la syphilis, dans ses poussées, engendre des lésions diffuses, souvent éloignées les unes des autres : d'où cette multiplicité, cette variabilité des symptômes, qui réalisent ces formes associées singulières, dénommées syphiloses cérébro-spinales par M. le professeur Fournier. De par la clinique seule, nous sommes donc autorisés à conclure que notre homme a été atteint d'une myélite spécifique.

Il faut reconnaître également que le succès, pour ainsi dire inespéré du traitement, ne peut guère s'expliquer autrement. Voici un homme qui, après avoir été frappé de paraplégie complète, de paralysie des sphincters, de crises syncopales entre, au bout de deux mois, franchement en convalescence. Le mercure et l'iodure de potassium ne produisent pareilles merveilles que lorsqu'ils s'adressent à une lésion franchement syphilitique. Le diagnostic me semble donc indiscutable.

Nous ajouterons, en terminant, que le résultat du traitement a été d'autant plus remarquable que notre malade est en outre tuberculeux. Il existe manifestement chez lui et depuis longtemps des craquements au sommet gauche et de la rudesse du murmure vésiculaire à droite.

Mais ce que nous tenions à prouver avant tout, c'est que la clinique seule, indépendamment des résultats de la thérapeutique, peut donner des indications pathogéniques sérieuses, quand on se trouve en présence d'une myélite chez un syphilitique.

M. MAURIAC. — J'ai observé dans un cas de syphilis cérébrale des accès de dyspnée extrêmement intenses et qui mirent les jours du malade en danger. Ils ne purent être entravés. Néanmoins ce ne fut pas à eux que succomba le malade, mais à la myélite qui se développa peu à peu.

Je ne crois pas que ces formes d'accès puissent permettre par eux seuls de reconnaître la syphilis. Ce serait plutôt dans la filiation des accidents que l'on pourrait trouver des éléments de diagnostic. Chez mon malade les troubles de myélite sont venus 4 ans après la syphilis.

M. RENAULT. — Dans le cas de M. Mauriac il y a eu des accidents cérébraux ; ne pourrait-on pas penser que les accès de dyspnée étaient dus à des lésions bulbaires.

M. MAURIAC. — Les troubles cérébraux avaient disparu et le malade

avait eu la chance de guérir et de rester guéri de sa lésion cérébrale pendant tout le temps que dura la myélite à laquelle il finit par succomber.

(Vu l'importance de cette question, la discussion à propos de la communication de M. Baugult est reportée à la prochaine séance.)

DERMATITE EXFOLIATRICE GÉNÉRALISÉE PRIMITIVE

par M. GÉMY (d'Alger).

B. P..., âgé de 47 ans, espagnol naturalisé français, en Algérie depuis quarante ans, a constamment travaillé la terre dans différentes localités.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort en Espagne il y a une vingtaine d'années, où il s'était rendu pour rétablir sa santé minée par des fièvres graves contractées aux environs d'Alger. Sa mère vit encore, est en bonne santé et a 75 ans. Il a deux frères vivants et bien portants.

Antécédents personnels. — Il a contracté dans les diverses localités qu'il a habitées les fièvres intermittentes qui n'ont pas altéré sa santé générale. Pas d'autres maladies, pas d'antécédents vénériens, a toujours été d'une grande sobriété.

Il est marié depuis une quinzaine d'années, a quatre enfants bien portants et habite Marengo, petite ville située dans une plaine marécageuse à une centaine de kilomètres à l'ouest d'Alger.

Il y a 4 ans, P... aperçut à la partie postérieure de l'avant-bras gauche une plaque de la dimension d'une pièce de 5 francs, rouge et suintante qui fut traitée par le médecin de la localité dans laquelle il se trouvait en ce moment par la teinture d'iode en applications locales et l'iodure de potassium à l'intérieur. Un mois après cette plaque guérit sans laisser de cicatrice.

Dans les premiers jours de septembre 1889, il travaillait au fond d'un puits, les pieds dans l'eau lorsqu'il se sentit pris de mal de tête, de frissons intenses et de courbature. Il n'eut que le temps de rentrer chez lui où il constata, en se couchant que les pieds étaient douloureux, rouges et lui causaient de vives démangeaisons.

Le lendemain les pieds étaient enflés, les genoux douloureux ainsi que les coudes. En même temps la fièvre s'était allumée, la courbature plus intense et la céphalalgie plus vive. L'appétit et le sommeil avaient disparu. Il fut obligé de garder le lit. Vers le vingt-cinquième jour la rougeur avait successivement envahi les cuisses, tout le tronc, les bras et s'arrêtait aux aisselles; cette rougeur était très prurigineuse et la peau suintait sous l'influence du grattage; quelques jours après tout le corps était envahi depuis les pieds jusqu'à la tête.

Cet état durait depuis trois mois à peu près sans modifications lorsque le malade se décida à entrer à l'hôpital d'Alger le 4 décembre 1889.

État actuel. — Toute la surface du corps est d'une coloration uniformément rouge avec infiltration considérable de la peau, la face seule est indemne à

l'exception toutefois du front, des paupières et de la barbe. Sur la tête une épaisse couche de squames tient les cheveux appliqués sur le cuir chevelu. Celui-ci, d'un rose pâle, est le siège d'un suintement séborrhéique sans traces d'éléments vésiculeux ou bulleux.

A la pince, les cheveux s'enlèvent avec la plus grande facilité, entraînant une couche de squames. Les cils sont solides ainsi que les poils de la barbe; les ongles des pieds et des mains sont également intacts. Cependant, ils sont recouverts d'une couche grisâtre qui pourrait faire supposer qu'ils sont envahis par les mêmes altérations que la peau. Mais le grattage fait reconnaître que cette couche est formée par le dessèchement du suintement chargé de squames qui s'est répandu des doigts sur les ongles. Sur le tronc se produit une desquamation très abondante de lamelles épidermiques moins larges que celles des membres inférieurs.

Sur les avant-bras et les mains, en même temps que des lamelles épidermiques se trouvent des gerçures douloureuses qui s'opposent à la flexion des doigts. Sur les mains la desquamation est aussi abondante à la face dorsale. Les poils du pubis comme ceux de la barbe sont solides. Sur les membres inférieurs la desquamation se fait par lamelles épidermiques de la dimension d'une pièce de 50 centimes à un franc, de l'épaisseur d'une pelure d'ognon, et tenant par un de leurs bords à la couche cornée environnante.

La desquamation générale est extrêmement abondante et, chaque matin, on peut recueillir dans le lit du malade une quantité de débris épidermiques qui remplit le creux des deux mains et pèse environ trente grammes.

Ces squames sont *humides*; les draps du malade ainsi que sa chemise sont comme empesés par un liquide gommeux. En passant la main sur les régions atteintes, la coloration disparaît, mais on sent que la peau, profondément infiltrée, est humide. Ce liquide gommeux paraît provenir de toute la surface du chorion mise à nu par la chute incessante de la couche cornée de l'épiderme.

L'examen le plus attentif ne fait découvrir aucune lésion élémentaire: vésicule, bulle ou pustule. Les muqueuses buccale, nasale et pharyngienne sont intactes.

Il n'y a rien au foie, au cœur, aux poumons, à la rate malgré les nombreux accès de fièvre intermittente auxquels le malade a été sujet. Mais il existe une dilatation considérable de l'estomac.

Les fonctions digestives s'accomplissent assez bien quoique le malade se plaigne d'une soif assez vive et du manque d'appétit.

Les urines de quantité normale ne contiennent ni sucre ni albumine.

Il n'y a pas de douleurs articulaires. Le pouls est à 80, la température oscille autour de 37°.

Le malade éprouve un frissonnement à peu près constant et garde le lit **surtout pour ne pas se refroidir.**

Le sommeil est souvent interrompu par les démangeaisons et l'abondance du suintement qui colle la chemise à la peau.

Du 15 décembre au 15 janvier 1890, l'état du malade ne se modifie ni en bien ni en mal. Il éprouve un peu de chaleur qui se manifeste surtout le soir.

Les urines analysées à cette époque donnent une quantité d'urée de moitié inférieure à la normale, 8 grammes par litre, tandis que les chlorures se chiffrent par 18 grammes pour le même volume. La desquamation ne varie pas.

Du 15 janvier au 15 février, la situation paraît vouloir s'améliorer. C'est ainsi que le malade réclame des aliments solides à la place du lait qu'il a pris exclusivement jusqu'à ce jour, que le suintement est moins abondant et que la desquamation diminue d'intensité.

Mais dans le mois suivant, c'est-à-dire jusqu'au 20 mars, il y a comme une nouvelle poussée pendant laquelle on note un peu de fièvre en même temps que le malade est obligé de garder le lit.

Les ongles qui, jusque-là, avaient été très solides sont ébranlés si on les touche avec une pince. Les cheveux ne tombent pas, mais il suffit de les tirer légèrement pour produire ce résultat. Le cuir chevelu est toujours recouvert d'une couche de squames formant avec la séborrhée une sorte de magma croûteux.

Les démangeaisons se sont beaucoup calmées grâce au liniment oléo-calcaire dont on a recouvert les quatre membres et au pansement ouaté.

A partir du 20 mars et jusqu'au 1^{er} mai, une amélioration sensible se fait pour ainsi dire chaque jour ; ainsi la desquamation s'arrête d'abord sur les bras puis sur le tronc, elle devient d'abord furfuracée et finit par disparaître.

La peau reprend sa souplesse et sa coloration normales.

Les jambes et les cuisses ensuite, suivent la même marche. Enfin la guérison se termine par le retour du dos et des fesses à l'état ordinaire.

Le suintement s'était arrêté depuis le commencement de l'amélioration, c'est-à-dire depuis la fin de mars, la séborrhée avait également disparu dès le même temps.

Le léger mouvement fébrile qui s'était fait sentir en février n'a plus reparu et les urines analysées fin avril donnent 21 gram. d'urée par litre et 15 gram. de chlorures.

Le traitement a consisté au début, en arséniate de soude à la dose de deux puis de quatre cuillerées à soupe de la solution à 35 centigr. pour mille, atropine, chloral, pansement au liniment oléo-calcaire avec enveloppement d'ouate. Régime lacté.

A partir du 15 février on supprime l'atropine qui a certainement diminué l'abondance du suintement gommeux, ainsi que l'arséniate de soude et on leur substitue le naphthol β à la dose de trois gram. par jour.

On a également donné, surtout à partir du 1^{er} avril, quelques bains gélatineux.

Le malade sort le 16 mai, soit cinq mois et demi après son entrée à l'hôpital et neuf mois après le début de la maladie, *complètement guéri* depuis une quinzaine de jours.

Dans cette observation qui est un cas classique de DERMATITE EXFOLIATRICE GÉNÉRALISÉE, telle que les travaux de l'école française (type VIDAL, BROcq), l'ont constituée, je retiens les points suivants :

a) D'abord l'étiologie banale : simple refroidissement avec légères douleurs arthritiques ;

b) Début à forme subaiguë :

c) Le suintement abondant d'un liquide gommeux, empesant le linge et permettant de rouler entre les doigts les larges squames de manière à leur donner la forme de vermicelle :

- d) L'état général toujours excellent ;
- e) L'apyrexie presque complète pendant son séjour à l'hôpital jusqu'à parfaite guérison.
- f) La chute des cheveux sans que cependant il y ait eu *alopécie* véritable et sans que l'état des poils ait été modifié ;
- g) La solidité des ongles des pieds et des mains qui a été menacée mais qui est rapidement revenue ;
- h) L'absence *complète, absolue* de lésions élémentaires : vésicules, bulles, pustules ;
- i) Dilatation considérable de l'estomac.

Ce cas diffère donc, dans quelques-unes de ses manifestations, des quelques faits analogues qui ont été publiés dans ces derniers temps, de même que ceux-ci du reste présentent entre eux quelques différences symptomatologiques légères.

Je crois donc que, envisagée comme je le fais ici au point de vue exclusivement clinique, la *dermatite exfoliatrice généralisée primitive* (type VIDAL, BROCC) est une entité morbide présentant une symptomatologie bien nette, qui n'autorise aucune confusion soit avec le *pityriasis rubra*, soit avec l'*herpétide exfoliatrice* secondaire de Bazin.

CHANCRE SYPHILITIQUE HERPÉTIFORME DE LA LÈVRE INFÉRIEURE SANS INDURATION ; ERREUR DE DIAGNOSTIC.

Par M. GÉMY (d'Alger).

Dans la séance du mois d'avril de la Société de dermatologie et de syphiligraphie, M. Morel-Lavallée a communiqué une observation de chancre syphilitique ayant évolué en moins de vingt jours sans avoir, jusqu'à parfaite cicatrisation, présenté d'induration de base, ni donné lieu à la moindre adénopathie.

A ce sujet, M. Verchère a également communiqué un fait dans lequel un élève en pharmacie portait deux ou trois petites érosions présentant assez nettement les caractères de l'herpès. Ces érosions furent suivies d'une ulcération donnant une légère sensation foliacée. Ces lésions furent jugées sans importance et, trois mois après, le malade était porteur d'une syphilis bien confirmée.

Ces faits, dans lesquels l'accident primitif de la syphilis se développe sans présenter tous les symptômes classiques, quoique rares, peuvent encore s'offrir dans la pratique médicale et, à ce titre, doivent être soigneusement signalés pour faire éviter, s'il se peut, des erreurs de diagnostic en engageant le médecin à se tenir sur ses gardes.

C'est cette considération qui m'a décidé à communiquer à la Société l'observation suivante :

M. X..., 26 ans, d'une constitution en apparence excellente, mais en réalité profondément strumeux, a eu en octobre 1889, une ulcération siégeant dans le sillon, à droite du frein, ne présentant pas d'induration ; il n'y avait pas de ganglions dans l'aine. Je diagnostiquai un chancre simple.

Le 25 mars 1890, c'est-à-dire, six mois après, M. X... vient me montrer, sur la partie muqueuse et moyenne de la lèvre inférieure, une petite érosion à fond grisâtre et à bords irréguliers. Cette érosion, de la dimension d'une grosse lentille ne présentait pas trace d'induration ; pas de ganglions sous-maxillaires, pas de douleurs, légère sensation de cuisson en mangeant certains aliments. Je diagnostiquai : *herpès labialis*.

Vingt jours après cette première visite, ce malade vient me consulter de nouveau pour me faire examiner une tuméfaction assez considérable occupant les ganglions sous-maxillaires. Cette tuméfaction est absolument indolente et le malade ne s'en préoccupe que parce qu'elle le gêne dans les mouvements de mastication.

L'érosion herpétiforme a été cicatrisée en quelques jours avec quelques bains de bouche à l'eau boricuée très chaude et on ne peut en reconnaître le siège que par une coloration un peu plus foncée de la muqueuse en ce point. Du reste, la palpation la plus attentive permet de constater que cette muqueuse a conservé une parfaite souplesse.

Le tempérament strumeux du malade me fait penser à un engorgement scrofuleux de ces ganglions et je l'engage à prendre de l'iodure de potassium (il me raconte que depuis son enfance pendant laquelle il avait été sujet aux *gourmes*, il prend, chaque année, cinquante grammes de ce médicament), en même temps qu'il fera sur les régions tuméfiées des applications de teinture d'iode.

Je le revois le 6 mai, c'est-à-dire quarante-deux jours après sa première visite. Ce qui le ramène c'est moins l'engorgement ganglionnaire qui est en voie de résolution, qu'une éruption qui a fait son apparition la veille, qui occupe le tronc et il en fait remonter l'origine au chancre qu'il a eu au mois d'octobre, chancre qui, à son avis, devait être syphilitique.

Cette éruption est une roséole syphilitique, dont l'accident initial a été l'érosion herpétiforme de la lèvre.

Le temps écoulé depuis le chancre du mois d'octobre, ne permet pas, en effet, d'attribuer à celui-ci le caractère syphilitique ; les délais qui se sont produits entre la lésion de la lèvre, le développement de la double adénopathie sous-maxillaire et l'apparition de la roséole, démontrent de la façon la plus évidente que l'érosion prise pour un *herpès* était un chancre syphilitique à développement anormal, c'est-à-dire, sans trace d'induration.

Ce qui plaide les circonstances atténuantes en faveur de cette erreur de diagnostic, c'est l'absence complète, absolue d'induration. Or, mon expérience me démontre que dans les chancres extra-génitaux, l'induration et les dimensions sont toujours plus considérables que dans les chancres de la sphère génitale.

Quelques jours auparavant, j'avais eu l'occasion d'examiner, chez une femme, un chancre syphilitique de la lèvre inférieure qui avait les dimensions et l'épaisseur d'une pièce de deux francs, à ce point que la lèvre était en véritable ectropion.

Ensuite, à l'époque de l'année où mon malade fut atteint, les éruptions herpétiformes de la bouche sont fréquentes à Alger, car les fruits à peu près mûrs y font leur apparition et sont consommés en grande quantité. Ces écarts de régime retentissent sur la muqueuse buccale et l'herpès est d'observation banale.

Je livre, tel que, ce fait aux méditations des praticiens.

M. FOURNIER. — Cette observation est instructive. Le chancre herpétiforme labial aurait pu rester méconnu ; et c'est peut-être là un des modes d'origine de ces syphilis pour lesquelles l'accident originel a pu passer inaperçu.

M. MAURIAC. — J'eus l'occasion de voir un chancre aussi peu marqué. Il s'agissait d'une simple érosion herpétique, datant de quinze jours. Elle fut suivie d'accidents consécutifs. Il y eut très peu d'adénopathie.

M. BARTHÉLEMY. — La variété herpétiforme se développant sur la lèvre est particulièrement rare. La plaque d'herpès est souvent le point d'inoculation du chancre au gland, à la verge, mais très rarement à la lèvre.

CONTRIBUTION A L'ÉTIOLOGIE DES PSEUDO-CHANCRES INDURÉS

Par M. Du CASTEL.

L'étiologie des pseudo-chancres indurés est des plus obscures et, quand un malade, qui se croyait depuis longtemps guéri, vient après des années de tranquillité nous présenter un syphilome chancriforme, il nous est le plus souvent impossible, même après l'enquête la plus minutieuse, de dire sous quelle influence s'est produit ce réveil tardif et inattendu de la maladie.

Une circonstance, qui a frappé tous les observateurs, est que le nouvel accident chancriforme siège, dans le plus grand nombre des cas, dans le point que le chancre premier avait occupé ou dans son voisinage immédiat ; et la plupart des auteurs sont aujourd'hui portés à admettre que le virus syphilitique, après avoir une première fois manifesté sa présence en ce point, peut sommeiller pendant des années, n'attendant qu'un

moment propice de montrer à nouveau son action ; le microbe ou ses descendants subsisteraient silencieux pendant des années en un point de l'économie et ne lui deviendraient nocifs que de loin en loin sous l'influence de causes inappréciables. L'apparition de syphilomes chancroïdes me paraît dans quelques cas avoir des relations manifestes avec les rapports que les malades ont pu avoir avec les femmes d'une santé suspecte : dans une leçon sur les syphilis récidivées parue dans la *Semaine médicale* de 1888, j'ai publié deux observations dans lesquelles cette influence causale me paraît plus que probable.

Un homme de 45 ans, d'une vigueur au-dessus de la moyenne, vint me consulter en 1885, pour une induration volumineuse ulcérée siégeant au niveau du sillon balano-préputial, et ayant tout l'aspect d'un chancre syphilitique ; la consistance du noyau induré était chondroïde ; la plaque indurée supportait une ulcération de la dimension d'une pièce de cinquante centimes, de coloration rouge vif, présentant tous les attributs de l'érosion chancreuse ; il n'y avait pas d'adénopathie inguinale. En interrogeant le malade, j'appris qu'il avait été soigné vingt-cinq ans auparavant par Langlebert, pour une syphilis nettement caractérisée, car il y avait eu accident primitif suivi d'accidents secondaires incontestables ; après guérison complète, cet homme s'était marié et avait eu deux enfants aujourd'hui encore bien portants ; devenu veuf, il était allé chercher fortune en Amérique, où il vivait dans les mines d'or, loin des villes, n'ayant aucune femme dans son entourage et condamné à la continence pendant le temps qu'il passait dans les mines. Dernièrement, notre malade, après un séjour prolongé loin des villes et une sagesse forcée de plusieurs mois, avait été rappelé précipitamment en France : un soir, avant de s'embarquer (et ce fut la seule fois pendant son voyage) il s'accorda, avec une femme de vertu plus que douteuse, les plaisirs dont il était privé aux mines. Dix jours après, pendant qu'il était embarqué, il constatait une induration du sillon balano-préputial qui ne fit que s'accroître de jour en jour : c'est elle qui avait, quand le malade vint me trouver, quinze jours environ après le début de l'accident, le volume d'une grosse noisette, la consistance chondroïde et l'ulcération caractéristique.

Je pus suivre le malade pendant cinq semaines avant son départ pour l'Amérique ; il ne se produisit ni adénopathie inguinale, ni éruption secondaire ; sous l'influence d'un traitement mixte la lésion balano-préputiale s'améliora assez rapidement.

A peu près à la même époque, un autre malade venait me consulter, atteint lui aussi d'un pseudo-chancre induré des plus caractérisés ; le début de ce chancre remontait à cinq ou six jours ; il n'y avait pas d'adénopathie inguinale, encore moins d'éruption cutanée.

Voici quelle était l'histoire de ce malade. Onze ans auparavant, il avait eu une syphilis très nette, traitée à l'hôpital ; marié depuis plusieurs années, il n'avait point eu d'enfants ; une dizaine de jours avant de voir apparaître l'accident pour lequel il venait consulter, il avait donné un coup de canif dans le contrat et avait eu, par exception, des rapports avec une de ces femmes

qu'on peut, sans les injurier beaucoup, suspecter de n'être pas d'une santé irréprochable.

Je revis le malade une huitaine de jours après la première consultation. rien n'était changé dans son état; depuis lors je ne l'ai plus revu.

N'est-ce pas chose intéressante, écrivais-je après avoir observé ces deux malades, que cette coïncidence de deux syphilitiques n'ayant depuis de longues années présenté aucun accident et se réveillant tous deux porteurs d'un pseudo-chancro induré quelques jours après s'être exposés à un rapprochement dangereux, l'un après des mois de continence forcée. l'autre après des années de sagesse matrimoniale? N'est-on pas naturellement conduit à se demander si l'apparition de l'accident commun dont ces deux malades étaient atteints et qui se présentait dans des conditions si analogues, n'était pas en relation directe avec le rapprochement suspect dans lequel tous deux s'étaient engagés? Cette hypothèse me paraissait alors vraisemblable: Malheureusement il n'y avait là qu'une impression; l'absence de confrontations ne permettait pas d'affirmer que les lieux que nos malades avaient fréquentés fussent réellement malsains, encore moins de dire en quoi ils étaient malsains. Fallait-il admettre que nos malades avaient été victimes d'une réinfection syphilitique, comme le pensait autrefois M. Diday?

Je ne crois pas qu'il soit nécessaire d'aller chercher aussi loin la cause de leurs maux.

Ricord, a depuis longtemps, démontré, et c'est un fait sur lequel les professeurs Fournier et Neumann ont insisté, que, chez les anciens syphilitiques, des lésions banales, une balanite simple, un chancre mou peuvent s'indurer et peuvent, en s'indurant, prendre tous les caractères d'un pseudo-chancro; il n'est point dès lors nécessaire d'invoquer une nouvelle réinfection pour expliquer la naissance des lésions dont mes clients souffraient: il est, je crois, permis d'admettre que ces malades, anciens syphilitiques, ayant recueilli dans un coït impur un principe infectieux dont l'effet eut été une balanite simple, un herpès génital, un chancre mou chez un malade non syphilitique antérieurement, ont pu indurer d'emblée de telles lésions et leur donner un faux aspect de chancre convertissant en pseudo-chancres indurés des affections inflammatoires banales, qui chez d'autres auraient été des lésions asyphilitiques. Quelques observations récemment recueillies me semblent corroborer cette hypothèse.

Le 8 février dernier, P..., Ernest, 33 ans, boucher, entrant dans mon service de l'hôpital du Midi, pour une ulcération du sillon balano-préputial dont le début remontait à 35 jours.

Cette ulcération avait débuté, dans la rainure, huit jours après un coït suspect, par une petite pustule qui laissa après sa rupture une ulcération assez profonde; celle-ci s'est étendue en largeur sur la face interne du prépuce et,

au moment où nous voyons le malade, elle mesure un centimètre de diamètre. Sa forme est irrégulièrement ovalaire, ses bords sont taillés à pic, légèrement décollés; le fond de l'ulcère est assez régulier, peu déprimé, finement granuleux; il donne naissance à une suppuration peu abondante. L'ulcération repose sur une masse indurée soulevant notablement la muqueuse au niveau du sillon balano-préputial et faisant par son prolongement entre les lames du prépuce une sorte de volet qui bascule quand on tire la peau en arrière du gland; cette masse donne au palper une sensation de dureté nettement chondroïde.

Un ganglion douloureux se sent dans l'aîne gauche. P... déclare avoir eu, il y a dix ans, un chancre induré siégeant à peu près au niveau de la lésion actuelle et une roséole pour lesquels il a été traité à l'hôpital militaire de Cherbourg; depuis lors il n'aurait plus présenté aucun accident syphilitique.

En recherchant minutieusement s'il existe d'autres manifestations syphilitiques chez ce malade, nous découvrons une périonyxis de l'ongle du pouce; aucune autre lésion spécifique.

Le pus du chancre est inoculé au bras gauche et donne naissance à une chancrelle des plus caractérisées.

Le malade sortit trois semaines après son entrée à l'hôpital; le chancre était cicatrisé: l'induration persistait encore; il n'y avait pas eu d'éruption cutanée.

Quelque temps auparavant, le 26 octobre 1889, était entré dans mon service, un malade, qui se présentait dans des conditions analogues, c'était un homme de 34 ans, qui avait eu la syphilis en 1884 et était depuis plusieurs années indemne de tout accident; il entra pour une ulcération du sillon balano-préputial dont le début remontait à une quinzaine de jours; cette ulcération d'un centimètre de diamètre, d'une profondeur d'un millimètre environ, à bords taillés à pic et non décollés, à fond grisâtre suppurant; reposait au sommet d'un noyau d'induration, étalé, du volume d'une demi-cerise, de consistance nettement chondroïde.

Pas de ganglion dans l'aîne.

L'inoculation du pus recueilli à la surface de l'ulcération donna un résultat positif.

En examinant le malade avec soin, je découvris à la partie interne et inférieure de la cuisse gauche une croûte de rupia; aucune autre lésion syphilitique. Le traitement consista en un attouchement de l'ulcération avec la solution phéniquée au dixième, l'application de rondelles de Vigo, l'emploi du sirop de Gibert. Quand le malade sortit le 15 novembre, il ne restait plus qu'une très petite lamelle d'induration.

Dans les *Leçons sur les maladies vénériennes* de mon savant collègue, M. Mauriac, je trouve une observation analogue, je ne puis résister au désir de vous en donner lecture.

Chancres mou reposant sur une base scléreuse et ressemblant à un pseudo-chancres infectant. — Inoculation positive.

M. X..., âgé d'une trentaine d'années, vit se développer sur la muqueuse du prépuce, à la troisième année révolue d'une syphilis bénigne, une lésion qu'il jugea vénérienne et qu'il vint me montrer.

C'était une érosion reposant sur un disque sclérosé parfaitement semblable à un chancre infectant. Pas d'adénopathie.

Je ne doutai pas, au premier abord, qu'il ne s'agit d'une manifestation de la syphilis sur la verge. Néanmoins, je pratiquai l'inoculation et, à ma grande surprise, cette inoculation donna un résultat positif. C'était donc non pas un pseudo-chancres syphilitique, mais une véritable chancres. Je cite ce cas comme un exemple des modifications que la syphilis peut faire subir au chancre mou en hyperplasiant sa base.

Voici maintenant une observation un peu différente, mais qui me paraît pouvoir jeter aussi quelque jour sur l'étiologie et la pathogénie du pseudo-chancres.

Un homme de 54 ans venait me trouver, au mois de mars dernier, pour un accident qui le tourmentait depuis bientôt deux mois. Cet homme était un ancien syphilitique qui avait été traité, il y a une trentaine d'années, par Ricord. pour une syphilis bénigne, mais incontestable. Marié après guérison, il avait eu des enfants aujourd'hui majeurs, tous d'excellente santé et fortement constitués. Personnellement il n'avait présenté, depuis son mariage, aucun accident syphilitique autre qu'un peu de périostite fugace survenue il y a deux ans, et dont la nature syphilitique était même discutable. Notre malade était depuis de longues années sujet aux herpès récidivants, mais jusqu'alors il ne s'était pas préoccupé de cet accident resté chez lui limité à des proportions très supportables.

Deux mois avant de venir me consulter, le malheureux avait été pris de névralgies violentes commençant au niveau de la partie antérieure du corps caverneux gauche pour de là s'irradier dans tout le côté gauche de la verge, dans la région inguinale du même côté et dans la partie supérieure de la cuisse : en même temps, les éruptions herpétiques se reproduisaient beaucoup plus fréquentes ; elles avaient lieu surtout dans le point où les névralgies débutaient.

Ces névralgies étaient atroces ; la nuit, quand le malade était immobile au lit, elles se calmaient ; mais, le jour, quand il venait à marcher, elles devenaient à ce point violentes que le malade restait presque tout le temps allongé. il fuyait toute société pour pouvoir se livrer tranquillement aux contorsions que l'intensité des douleurs provoquait chez lui ; il osait à peine se mettre à table avec sa famille et était souvent obligé de se retirer au milieu des repas ; forcé de faire deux petites excursions en chemin de fer, M. X... avait été pris sous l'influence de la trépidation de recrudescence instantanée des crises... Mais voici où l'observation devient intéressante ; dans le point où les douleurs

avaient leur point de départ, il s'était produit une plaque d'induration chondroïde d'un centimètre et demi de diamètre et d'un demi-centimètre d'épaisseur.

Quand j'examinai le malade pour la première fois, je constatai la présence de cette petite plaque sous la muqueuse intacte du prépuce, au niveau de la partie antérieure du corps caverneux gauche ; outre cette plaque d'induration, il en existait une autre au niveau du sillon balano-préputial du même côté, de forme semi-ovale, de consistance nettement chondroïde, non ulcérée, de deux centimètres de largeur sur un centimètre de hauteur : le malade me dit que de temps à autre il se produisait aussi à ce niveau de petites vésicules, mais beaucoup plus rarement qu'à la face interne du prépuce et en beaucoup moindre abondance. M. X..., se préoccupait surtout de la plaque préputiale parce que pour lui elle était le point de départ des douleurs.

Pendant les trois mois que je traitai le malade, nous combattîmes avec un insuccès presque complet bien qu'ayant employé à haute dose les antisypilitiques et les calmants ; je dois dire cependant qu'au commencement du mois de mai les douleurs disparurent complètement pendant une dizaine de jours, le malade put reprendre sa vie ordinaire et se crut guéri ; il s'apprêtait à venir me remercier de l'avoir tiré d'un aussi mauvais pas, quand, la veille du jour où il avait l'intention de venir chez moi, sans cause connue, sans imprudence commise, les douleurs se réveillèrent, une poussée de vésicules se produisit et la série des accidents recommença avec son intensité première. A la demande du malade, je me décidai à faire avec le galvano-cautère la scarification de la plaque indurée située au point de départ des névralgies ; le lendemain, mon client partait s'installer à la campagne et depuis il m'a écrit qu'il était toujours aussi souffrant.

Voici donc, trois malades atteints de chancres simples, un malade atteint d'herpès névralgique, chez qui on voit l'induration chancroïde, qui constitue la partie fondamentale du pseudo-chancrè induré, se développer dans le point occupé par les chancres pour les premiers, au point où se produisent les vésicules herpétiques pour le second ; de telles observations permettent, je crois, de dire qu'un certain nombre de pseudo-chancres indurés sont la conséquence d'indurations syphilitiques survenues autour de lésions asyphilitiques, chancrelles, herpès, balanites ; il y a là une manière de réagir en présence de lésions banales propres à certains vétérans de la syphilis, chez qui l'activité persistante de la vérole se traduit de cette façon particulière ; la coexistence d'autres lésions syphilitiques vient quelquefois encore affirmer cette persistance d'activité de la vérole, puisque, chez mes deux malades atteints de chancrelles, on a pu relever une fois une périonyxis ; une autre fois, du rupia. Y a-t-il du reste rien d'étonnant qu'on voie se produire au niveau de lésions traumatiques ou inflammatoires du gland une induration syphilitique ? Le même fait n'a-t-il pas été signalé par un certain nombre d'auteurs au niveau de lésions traumatiques ou inflammatoires de la peau, survenues chez d'anciens syphilitiques ? Gay, Bamberger, Finger, Plumert, etc.,

n'ont-ils pas vu se produire de véritables papules ou tubercules syphilitiques à la suite de piqûres de sangsues ; du développement de pustules varioliques, de furoncles, d'eczéma, dans le lieu même que ces différentes affections avaient occupé ?

Il est, je crois, permis d'admettre avec au moins autant de raison que de pareilles indurations puissent se produire à la suite de l'irritation causée par la balanite simple, l'herpès, le chancre mou au niveau du sillon balano-préputial, point connu pour sa prédisposition toute particulière au développement des indurations syphilitiques : c'est ce que les faits que je viens de rapporter me paraissent établir.

Je serais donc tenté d'admettre au point de vue étiologique deux classes de pseudo-chancres indurés : 1° les uns survenant par suite d'un réveil spontané du virus syphilitique en un point où il avait déjà manifesté plus ou moins longtemps auparavant son action, ce sont ceux dont je parlais tantôt qui apparaissent dans le point que le chancre premier avait occupé sans que nous puissions trouver une cause à son apparition ; 2° les autres, se produisant à l'occasion d'une irritation extra-syphilitique, à l'occasion de l'inoculation du virus chancrilleux comme chez mes deux premiers malades et chez celui de M. Mauriac, ou bien à la suite d'un simple herpès, comme dans ma troisième observation ; cette classe serait un exemple de plus de l'influence des traumatismes et des irritations sur le réveil de la diathèse syphilitique.

(La discussion à propos de la communication de M. Du Castel aura lieu dans la prochaine séance.)

ATAXIE LOCOMOTRICE D'ORIGINE SYPHILITIQUE GUÉRIE PAR LE TRAITEMENT SPÉCIFIQUE

Par M. E. GAUCHER.

Les cas de tabes dorsal d'origine indubitablement syphilitique et guéris par le traitement spécifique sont assez rares, pour que j'aie cru intéressant de communiquer à la Société l'observation suivante, que j'ai recueillie en 1883 à la consultation de l'hôpital Necker alors que j'étais chef de clinique de M. le professeur Potain.

X..., âgé de 27 ans, célibataire, se présente à la consultation le 10 avril 1883. Cet homme n'accuse aucun antécédent digne d'être noté. Il a eu seulement la rougeole dans son enfance ; il n'y a aucune maladie nerveuse dans sa famille.

En 1876 il a été atteint simultanément d'une uréthrite et d'un chancre parcheminé du gland. Il a été traité par le Dr. M..., qui a prescrit des injections uréthrales, du copahu et de la poudre de calomel pour panser le chancre.

Celui-ci fut guéri en 15 jours et suivi d'une roséole et de quelques maux de gorge pour lesquels le malade ne prit aucun traitement interne. En somme sa syphilis ne fut pas soignée.

En 1880 il était au service militaire, musicien dans un régiment. Il fut atteint alors d'engourdissements dans les mains ; il resta deux mois à l'hôpital et fut envoyé deux mois en convalescence. Il ne se rappelle pas le traitement qui fut employé ; mais sa syphilis paraît avoir été méconnue.

En août 1882, les engourdissements recommencèrent dans les mains, atteignirent les bras, les jambes, accompagnés de douleurs lancinantes, tantôt dans un membre, tantôt dans un autre. La marche était devenue embarrassée et le malade voyait double. Le Dr G..., qui le soignait à cette époque, diagnostiqua une ataxie avec diplopie et prescrivit des bains sulfureux, des douches, du massage et du bromure de potassium à l'intérieur.

Le malade, dont l'état empirait de jour en jour, qui ne pouvait plus marcher et ne voyait plus clair, eut recours à un de ses amis, le Dr R..., médecin militaire. Celui-ci, craignant des accidents spécifiques de l'œil, en raison des antécédents syphilitiques du sujet, l'adressa à un oculiste, le Dr G. T..., qui ne constata aucune maladie des yeux et renvoya le malade à son médecin ordinaire. Ce médecin, obligé de s'absenter, envoya lui-même le malade à la consultation de l'hôpital Necker.

Telle est, presque mot à mot, l'histoire qui m'a été non seulement racontée, mais écrite par le malade lui-même.

Quand je vis X..., le 19 avril 1883, c'était un type d'ataxique. Il avait la démarche particulière du tabes, de l'anesthésie plantaire, l'abolition du réflexe patellaire, des zones d'anesthésie éparées sur diverses régions du corps. Il ne pouvait marcher que très difficilement et soutenu par un aide ; il voyait double, et il racontait que de temps en temps, surtout par les temps humides, il ressentait des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs. Je ne constatai aucune crise viscérale, pas de paralysies, pas de troubles trophiques.

Je fis la prescription suivante : frictions mercurielles matin et soir pendant 3 jours de suite ; se reposer deux jours et recommencer. Trois grammes d'iodure de potassium par jour. Je recommandai au malade de venir à la consultation régulièrement toutes les semaines, et, comme le cas me semblait intéressant, j'en fis part à M. Potain qui examina le malade avec moi la semaine suivante.

Son état était déjà amélioré. La vue était meilleure et la marche moins difficile. Au bout de 15 jours, les douleurs avaient complètement disparu. L'amélioration fit des progrès rapides ; après six semaines de traitement la vue était complètement revenue ; la diplopie avait disparu ; le malade marchait presque sans incoordination.

Le 24 mai, j'ajoutai au traitement antérieur un bain sulfureux par semaine.

Le 3 juin le malade put reprendre son travail. Le 21 juin il revint me voir guéri ; il marche naturellement, il n'a plus d'anesthésie ni de douleurs, il voit bien clair. Comme l'iodure de potassium a occasionné des maux d'estomac, je le fais suspendre pendant 8 jours, en prescrivant de le reprendre ensuite.

J'ai revu le malade à la fin de juillet de la même année 1883, il était complètement guéri. Son réflexe rotulien était revenu. Je lui ai recommandé de

prendre de temps en temps de l'iodure de potassium et de revenir me voir s'il éprouvait de nouveau les mêmes symptômes. Je ne l'ai plus revu, mais comme il avait été satisfait de son premier traitement, j'ai tout lieu de penser qu'il serait revenu, si la guérison ne s'était pas maintenue.

En somme, cette observation peut se résumer ainsi : Ataxie locomotrice débutant quatre ans après une syphilis non traitée. La nature syphilitique de cette ataxie est méconnue pendant trois ans et néanmoins le tabes guérit en deux mois par le traitement spécifique.

J'ai publié en 1883, dans la *Revue de médecine* une observation de syphilis bulbo-médullaire précoce, guérie par le traitement spécifique. Il s'agissait d'un malade qui, six mois après le chancre, fut pris d'accidents nerveux progressifs ressemblant d'abord à l'ataxie locomotrice, puis à la paralysie labio-glosso-laryngée. Mais dans ce cas la syphilis était encore récente et l'ataxie en somme mal caractérisée, tandis que, dans l'observation actuelle, c'est à une lésion syphilitique tertiaire que nous avons indubitablement affaire ; nous n'avions pas seulement sous les yeux des phénomènes tabétiques, mais une ataxie locomotrice vraie, complète, parfaitement caractérisée, datant de trois ans. La nature syphilitique de la lésion est montrée d'une façon évidente par l'efficacité du traitement spécifique, et c'est cette efficacité du traitement qui me semble le fait le plus remarquable dans l'observation que je viens de rapporter.

ÉLECTIONS

Au cours de la séance ont été nommés :

Membres titulaires : MM. LEMONNIER (de Flers) et CAZALIS (d'Aix-les-Bains).

Conformément à l'article 2 des statuts, la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, sera en vacances pendant les mois d'août, de septembre et d'octobre. Elle reprendra le cours de ses séances le jeudi 13 novembre.

SÉANCE DU 13 NOVEMBRE 1890

Présidence de M. le Professeur Hardy.

SOMMAIRE. — Présentation d'ouvrage. — Présentation d'un malade atteint de lymphangiectasies suppuratives d'origine tuberculeuse, par MM. HALLOPEAU et GOUPIL. (Discussion : MM. ERN. BESNIER, LAILLER.) — Lichen plan chez des hystériques ; lichen des régions palmaires et plantaires ; lichen des ongles et de la lèvre inférieure, par M. H. FEULARD. (Discussion : M. VIDAL.) — Pigmentations du tronc consécutives à de l'urticaire chronique provoquée par la pression du corset chez une jeune fille névropathe, par M. H. FEULARD. — Sur un hydradénome compliqué d'épithélioma vulgaire, par M. H. HALLOPEAU. Examen histologique par M. J. DARIER. (Discussion : M. E. BESNIER.) — Cas de nævi vasculaires hverruqueux de la face, affection confondue avec les adénomes sébacés, par M. J. DARIER. (Discussion : MM. E. BESNIER, HARDY, HALLOPEAU.) — Sur une érythrodermie chronique à poussées aiguës, début probable d'un mycosis fongoïde, par M. H. HALLOPEAU. Examen histologique par M. J. DARIER. (Discussion : MM. VIDAL, E. BESNIER, E. SCHIFF.) — Syphilome anal en voie d'évolution ; impuissance du traitement spécifique, par M. F. VERCHÈRE. (Discussion : M. E. SCHIFF.) — Myxœdème congénital, par M. H. FEULARD. — Syphilis ; accidents cérébro-spinaux de forme tabétique (tabes aigu) : traitement spécifique ; guérison, par MM. G. DIEULAFOY et A. FOURNIER. — Myélopathie syphilitique avec paraplégie complète guérie par le traitement spécifique, par M. CH. MAURIAC.

PRÉSENTATION D'OUVRAGE

M. Brocq offre à la Société un exemplaire de son ouvrage : **TRAITEMENT DES MALADIES DE LA PEAU, AVEC UN ABRÉGÉ DE LA SYMPTOMATOLOGIE, DU DIAGNOSTIC ET DE L'ÉTIOLOGIE DES DERMATOSES.**

PRÉSENTATION D'UN MALADE ATTEINT DE LYMPHANGIECTASIES SUPPURATIVES DE NATURE INDÉTERMINÉE

Par MM. HALLOPEAU et GOUPIL.

La présentation a été faite à la séance du 10 juillet 1890.

MM. HALLOPEAU et GOUPIL (1) font une communication sur un malade

(1) Cette observation fera l'objet d'un mémoire qui sera publié prochainement dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*.

qu'ils considèrent comme atteint d'une lymphangiectasie suppurative de nature encore indéterminée. Le malade présente, au membre inférieur gauche, un grand nombre de nodosités intradermiques ou sous-cutanées, confluentes autour du cou-de-pied, disséminées à la cuisse sur le trajet des lymphatiques ; la plupart sont ulcérées et donnent issue soit à du pus, soit à un liquide citrin qui a tous les caractères de la lymphe ; quelques-unes sont résistantes, la plupart sont molles ; les ganglions inguinaux sont tuméfiés ; les extrémités inférieures des os de la jambe paraissent augmentées de volume ; le membre est œdématié. Ce fait présente beaucoup d'analogie avec celui dont le moulage a été déposé au musée par M. Lailler sous le nom de varices lymphatiques, et la disposition en bourrelets sail-lants d'une partie des tumeurs donne lieu à l'idée d'une altération de cette nature ; il en diffère en ce que ce n'est pas la dilatation, mais bien une inflammation spécifique des lymphatiques qui paraît constituer l'altération primordiale et prédominante, les caractères des tumeurs, leur disposition en chapelet sur le trajet des lymphatiques et leur développement en série ascendante, les rapprochent beaucoup des cas de lymphangite tuberculeuse dont les pièces ont été moulées d'après des malades de M. Merklen et de l'un de nous, en même temps qu'ils les distinguent de la plupart des cas de varices lymphatiques qui ont été publiés ; on ne trouve, en effet, nulle part, chez ce malade, ces vésicules transparentes, augmentant par la station debout et s'affaissant complètement sous la pression des doigts pour reprendre en quelques instants leur volume précédent, qui sont signalés dans ces observations. La confluence des tumeurs suppurées à la périphérie des extrémités osseuses qui semblent tuméfiées conduit à considérer ces parties comme le point de départ des altérations : il s'agit sans aucun doute d'une maladie infectieuse.

L'hypothèse d'une septicémie circonscrite consécutive à l'ulcération de lymphatiques dilatés est bien peu vraisemblable, on ne connaît pas de faits de cette nature. On observe les néoplasies sur le trajet des lymphatiques dans la syphilis, le farcin et la tuberculose.

Les caractères objectifs des lésions permettent d'éliminer la syphilis.

Les inoculations du pus exsudé à des cobayes n'ont donné jusqu'ici que des résultats négatifs au point de vue du farcin.

L'hypothèse d'une tuberculose locale qui aurait pour point de départ les os du cou-de-pied est des plus vraisemblables ; la question est à l'étude : nous communiquerons ultérieurement les résultats des recherches que nous avons entreprises dans cette direction ; s'ils étaient négatifs, il faudrait admettre l'intervention d'un agent non encore déterminé.

(Voir page 173 la discussion qui a suivi cette présentation.)

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

MM. HALLOPEAU et Goupil communiquent les résultats de nouvelles études sur le fait de lymphangiectasies suppuratives qu'ils ont présenté dans la dernière séance. Ils avaient été conduits, par ses caractères cliniques, à admettre qu'il s'agissait très vraisemblablement d'une infection tuberculeuse; les recherches bactériologiques pratiquées par eux-mêmes et par M. Jeanselme sont venues démontrer l'exactitude de ce diagnostic: l'examen du pus excrété y a révélé plusieurs fois la présence de bacilles; son inoculation à des cobayes a déterminé chez plusieurs d'entre eux les altérations de la tuberculose.

La frappante analogie que présente l'aspect des lésions observées chez ce malade avec celui des moulages déposés au musée de l'hôpital Saint-Louis par MM. Lailler (collection génér., n° 358 et 394) et E. Besnier (collect. génér., n° 396), sous l'étiquette de varices lymphatiques conduit à admettre, malgré quelques différences, qu'il s'agit de la même affection et l'on est amené ainsi à considérer comme établi qu'une partie des faits publiés sous le nom de varices lymphatiques sont de nature tuberculeuse.

M. ERNEST BESNIER. — L'étude rétrospective que j'ai faite de nos pièces du musée relatives aux *lymphangiectasies chroniques profondes*, rapproche singulièrement le cas de M. Hallopeau de ceux que Guibout, Lailler et moi avons observés.

Le diagnostic originaire de la pièce 281 était *scrofulide fongueuse de l'articulation tibio-tarsienne*, ce qui, dans la langue d'aujourd'hui, équivaut à *tuberculose*. La pièce 965 représente le moulage du même membre que la pièce 565 moulée deux ans auparavant, et qui présente alors le caractère d'un *lupus tuberculeux excentrique*; enfin, la pièce 396 qui m'appartient a été moulée sur un sujet qui présentait en même temps qu'une *lymphangiectasie chronique profonde* du pied, des altérations des os. Mais à l'époque déjà reculée à laquelle nous avons observé ces malades, non seulement nous ne connaissions pas les tuberculoses locales mais nous n'avions pas le bacille caractéristique qui nous permet de faire la preuve de la nature des lésions.

Cependant nous étions arrivés, M. Lailler et moi à sa suite, à traiter les lésions et à les guérir par le seul procédé de guérison radicale des tuberculoses locales, c'est-à-dire par la destruction caustique, seul procédé jusqu'à ce que la nouvelle découverte de Koch soit advenue.

M. LAILLER. — Il est, je crois, nécessaire de faire quelques réserves sur la nature des lymphangiectasies et de ne pas déclarer que ces lésions sont toujours d'origine tuberculeuse. J'appuierai ces réserves, non pas

seulement sur ce fait que j'ai vu de pareilles lésions guérir complètement, ce qui ne prouverait pas qu'elles ne sont pas de nature tuberculeuse, mais encore sur celui que les varices lymphatiques existent dans des conditions, telles que l'éléphantiasis des Arabes, où on ne peut invoquer une origine tuberculeuse.

M. E. BESNIER. — M. Lailler a absolument raison. Je n'ai d'ailleurs pas dit que les lymphangiectasies étaient toutes d'origine tuberculeuse : je crois seulement que, dans notre pays, la tuberculose en est la cause habituelle ; mais dans d'autres climats, dans les pays à éléphantiasis et chez les races créoles, elles reconnaissent une autre cause toute différente.

M. HALLOPEAU. — La plupart des observations rapportées par les auteurs sous le nom de varices lymphatiques ne sont certainement pas d'origine tuberculeuse ; mais, pour le cas que j'ai observé et pour ceux dont les moulages existent au musée, l'intervention de la tuberculose ne saurait être douteuse. Il y a des varices lymphatiques d'origines différentes.

LICHEN PLAN CHEZ DES HYSTÉRIQUES ; LICHEN DES RÉGIONS PALMAIRES ET PLANTAIRES, LICHEN DES ONGLES ET DE LA LÈVRE INFÉRIEURE

Par M. H. FEULARD.

On sait que le lichen plan se rencontre de préférence chez les sujets nerveux et survient souvent à la suite de chagrins et de dépressions nerveuses. Deux malades que j'ai eu déjà l'honneur de présenter à la Société, dans la séance du 10 avril dernier, offraient à ce sujet quelque intérêt.

Voici aujourd'hui deux malades, une femme et un homme, tous deux hystériques et atteints de lichen plan. De plus, au point de vue de l'éruption, le malade homme présente de curieuses localisations du lichen.

La femme Léonie V..., âgée de 33 ans, est entrée dans le service de M. le professeur Fournier, dans le courant du mois de juillet dernier.

Elle présentait une éruption discrète de lichen plan commun disposée sur les deux avant-bras, la face interne des membres inférieurs, avec quelques papules disséminées sur le tronc. L'éruption surtout marquée à l'avant-bras gauche et formée des papules rouge brun du lichen plan classique reproduisait assez exactement dans sa disposition le trajet du nerf médian. Elle durait déjà depuis huit mois. A l'avant-bras droit l'éruption était beaucoup plus discrète ; aux jambes où elle était moins ancienne elle avait encore la teinte rouge sombre caractéristique.

Aujourd'hui, très améliorée, l'éruption persiste seulement à l'état de taches pigmentaires à l'endroit où siégeaient les papules.

La malade, comme on peut le voir, est fort vigoureuse, mais elle présente d'importants troubles nerveux. Il y a huit ans, elle aurait été paralysée de toute la moitié gauche du corps, elle conserve d'ailleurs encore un peu d'hémiplégie faciale gauche ; cette paralysie avait été précédée de nombreuses attaques d'hystérie. Elle a été hypnotisée à l'hôpital St-Antoine, présente actuellement de nombreuses plaies anesthésiques sur le corps et ne fait aucune difficulté pour avouer une violente nymphomanie et des habitudes invétérées d'onanisme. Huit jours avant l'apparition du lichen plan elle avait éprouvé, dit-elle, une violente émotion. Elle présente à un degré assez élevé de l'autographisme.

Notre second malade, malade de la ville, est âgé de 34 ans et présente une éruption généralisée de lichen plan, miliaire sur le tronc et les membres supérieurs, de lichen corné à grosses papules sur les jambes.

Aujourd'hui l'éruption très améliorée a pris une couleur foncée ; elle était franchement d'un rouge intense à son début dans les premiers jours de septembre.

Elle a débuté pendant que M. F... faisait son voyage de nocces ; ce malade est remarquablement nerveux, est sujet à de fréquentes attaques d'hystérie et est hypnotisable.

Ce cas présente encore un certain intérêt à cause des localisations du lichen en certaines régions où il se montre assez rarement.

J'appelle l'attention sur l'éruption des régions palmaires et plantaires, marquée surtout à la plante du pied gauche et qui a été reproduite sur un moulage de M. Baretta (musée de l'hôpital Saint-Louis, collec. gén., n° 1546). On constate de plus que les ongles des orteils sont devenus jaunâtres, stratifiés, cassants. Enfin le malade présente un lichen discret de la langue, du lichen en nappe de la face interne des joues et, localisation plus rare, du lichen du bord muqueux de la lèvre inférieure, lequel est devenu squameux, grisâtre, strié de lignes blanchâtres et rappelle assez bien l'aspect du lupus érythémateux de la lèvre.

M. VIDAL. — Il est très rare de voir le lichen plan envahir les lèvres, comme chez ce malade qui en présente un bel exemple sur la lèvre inférieure. A première vue on pourrait confondre ces lésions avec celles du lupus érythémateux. Elles s'en distinguent en ce qu'elles commencent par de petits points blanchâtres, isolés d'abord, qui peuvent ensuite se réunir et former de petites plaques blanches, tandis que le lupus érythémateux débute par des arborisations blanchâtres, des lignes qui vont s'entre-croisant, formant un lacis serré, et en se confondant finissent par former des plaques blanches. Le bord muqueux de la lèvre atteinte de lichen plan ne desquame pas ; le lupus érythémateux, au contraire, produit des squames rappelant celles de l'eczéma séborrhéique de cette région.

Ces deux malades, tous deux hystériques, confirment l'opinion d'Erasmus Wilson sur la prédisposition des sujets nerveux pour le lichen plan.

**PIGMENTATIONS DU TRONC CONSÉCUTIVES À DE L'URTICAIRE CHRONIQUE
PROVOQUÉE PAR LA PRESSION DU CORSET CHEZ UNE JEUNE FILLE
NÉVROPATHE.**

Par M. H. FEULARD.

A titre de simple curiosité, j'attire l'attention sur les pigmentations de la peau que l'on observe sur le tronc de cette jeune malade. Cette jeune fille, âgée de 25 ans, d'une excellente santé et sans tare héréditaire, d'origine alsacienne mais habitant Paris depuis deux ans, a constaté dès le deuxième mois de son séjour à Paris, l'apparition de taches rouges au niveau de la ceinture, taches s'accompagnant de démangeaisons assez vives et qu'elle attribua d'elle-même au frottement du corset. Elle n'y attacha pas autrement d'importance ; mais de nouvelles taches apparaissant et les anciennes grandissant, elle s'est présentée à la consultation de l'hôpital Saint-Louis le 25 octobre 1890.

La peau de l'abdomen est le siège, comme vous pouvez le voir, de deux immenses taches de couleur brun foncé, occupant les deux régions iliaques, se prolongeant un peu vers les flancs, mais laissant en avant sur la ligne médiane un espace triangulaire à base inférieure où la peau est saine.

Au niveau de la ceinture, sillons rouge brun indiquant une assez forte constriction par le corset ; au-dessous des deux seins, taches rouges embrassant la demi-circonférence inférieure de chaque sein ; dans le dos quelques taches disséminées de chaque côté de la colonne vertébrale, elles sont de couleur violacée et ressemblent à de légères ecchymoses en voie de résorption.

Intrigués tout d'abord par ces curieuses pigmentations nous eûmes bientôt la conviction qu'il s'agissait simplement, en effet, de pigmentations consécutives à des lésions d'urticaire chronique provoquée chez cette jeune fille par la pression du corset et des vêtements.

Excessivement nerveuse, quoique n'offrant pas, à notre examen du moins, de véritables stigmates d'hystérie, cette malade présente une sensibilité très vive de la peau ; il suffit d'effleurer celle-ci pour déterminer une véritable contorsion chez la patiente, et si l'on fait une pression un peu plus marquée sur la peau avec le doigt ou un crayon on voit apparaître aussitôt l'érythème rosé et ortié des sujets autographiques. Nous pensons donc que chez elle les pressions répétées et continues du corset

(et si on lui fait revêtir cet accessoire de toilette on constate que les points de plus grande pression correspondent aux taches les plus pigmentées, et que notamment, la malade ne pouvant lacer son corset en avant et le laissant ouvert sur la partie inférieure du ventre, cet espace libre reproduit la forme du triangle non pigmenté cité plus haut), nous pensons que ces pressions ont amené une congestion chronique localisée de la peau, et que cette congestion a provoqué à la longue les taches pigmentées que nous observons. Il est rare, croyons-nous, de rencontrer ces lésions à un tel degré.

J'ajouterai que, depuis trois semaines que la malade est à l'hôpital, les taches brunes les plus anciennes ont déjà pâli, et les taches ecchymotiques récentes ont disparu ; le corset n'ayant pas été porté pendant le séjour à l'hôpital, nous croyons qu'il y a là un argument de plus en faveur de notre explication.

SUR UN HYDRADÉNOME COMPLIQUÉ D'ÉPITHÉLIOMA VULGAIRE

Par M. H. HALLOPEAU.

Malgré les nombreux travaux dont ont été l'objet dans ces dernières années les tumeurs généralement connues sous le nom défectueux d'hydradénomes, il règne encore à leur sujet une certaine confusion : elle est due surtout à la diversité des dénominations qui ont été données à des tumeurs semblables alors que des tumeurs de nature différente recevaient le même nom. L'*hydradénome*, décrit par MM. Darier et Jacquet sous le nom d'*épithéliome adénoïde des glandes sudoripares*, est appelé par M. Besnier *idradénome*, par M. Quinquaud *cellulome épithélial éruptif*, par MM. Török et Unna *syringo-cystadénome*, par M. Jacquet *épithéliome bénin kystique de la peau*, et enfin par M. Philippson *kolloïde miliaire* ; il est identique, d'après ce dernier auteur, à la tumeur décrite par Wagner sous ce même nom et par MM. Besnier, Feulard et Balzer sous celui de *dégénérescence colloïde de la peau* ; on verra par la description histologique de M. Darier qu'aucune de ces huit qualifications n'est satisfaisante.

D'autre part, on appelle *adénomes* des néoplasies cutanées qui paraissent distinctes des précédentes, ce sont les *adénomes sébacés* de Balzer et de Pringle et l'*adénome sudoripare* de Perry.

Ces tumeurs n'ont guère été jusqu'ici différenciées que par l'examen microscopique.

L'observation que nous avons l'honneur de présenter à la Société, rapprochée des faits publiés jusqu'ici montre, que l'étude clinique doit, au

moins dans certains cas, suffire à en établir le diagnostic ; elle conduit également à modifier le pronostic absolument bénin qui a été attribué jusqu'ici à ces productions ; elle fournit enfin à M. Darier des données nouvelles sur leur structure élémentaire ; à ces différents titres, elle nous paraît digne d'intérêt.

Louise R..., âgée de 31 ans, entre le 13 octobre 1890 au n° 12 de la salle Lugol.

Elle présente des tumeurs multiples au niveau des paupières. Ce sont de petites saillies dont le relief est appréciable à la vue et au toucher ; leurs dimensions varient de celles d'un grain de millet à celles d'un grain de chènevis ; sans être dures, elles offrent une notable résistance à la pression du doigt ; elles sont pour la plupart de forme arrondie ; elles sont généralement isolées les unes des autres ; pourtant, on voit, sous la paupière inférieure gauche, un groupe d'éléments confluents, formant une saillie du volume d'une lentille ; leur coloration est jaunâtre et rappelle beaucoup celle du xanthélasma. Elles ne sont pas sensibles au toucher. Elles occupent surtout la partie interne des paupières inférieures, où elles sont groupées sans ordre ; on n'en voit qu'une sur la paupière supérieure gauche ; elles font défaut sur la paupière supérieure droite. La malade ignore à quelle époque de son existence se sont développées ces élevures : elle se les est toujours connues.

Il n'en est pas de même d'une tumeur plus volumineuse qui occupe la racine du nez du côté droit, sur la limite du sourcil, à 7 millimètres de la commissure palpébrale. C'est, au dire de la malade, il y a deux ans seulement qu'elle a commencé à grossir à la suite d'excoriations ; elle préexistait depuis longtemps et avait toujours ressemblé jusque-là aux tumeurs des paupières. Cette néoplasie mesure 1 cent. 1/2 transversalement sur 1 cent. de haut en bas ; elle est limitée en dehors et en dedans par un rebord saillant de 1 millimètre de large.

La plus grande partie de la surface de cette tumeur est exulcérée, inégale, végétante et recouverte de croûtes brunâtres. Elle forme une saillie d'environ 4 millimètres ; sa consistance est ferme ; elle n'est pas le siège de douleurs spontanées ; il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire appréciable.

Cette tumeur présente tous les caractères d'un épithéliome. L'interprétation des petites saillies jaunâtres est plus délicate : nous avons dû, en premier lieu, éliminer l'hypothèse d'un xanthélasma qui avait été formulée : la pâleur de la coloration jaunâtre, la forme arrondie de presque toutes les petites saillies et surtout leur consistance ferme nous ont conduit à admettre qu'il ne s'agissait pas de cette maladie car la résistance au toucher des plaques xanthélasmiqes est absolument nulle, nous nous en sommes encore assuré tout récemment ; par contre les petites tumeurs offraient beaucoup d'analogie avec celles qui sont décrites sous le nom d'adénomes et dont il existe plusieurs moulages dans notre Musée, et nous avons émis l'opinion que nous avions affaire très vraisemblablement à des productions de cette nature. Une biopsie était nécessaire pour confirmer ce diagnostic et aussi pour déterminer quelle était la nature de l'adénome, si c'en était bien un : nous avons vu, en effet, que des tumeurs d'origines différentes peuvent revêtir un aspect très analogue ; un examen histologique pouvait seul décider

s'il s'agissait d'un adénome sébacé de Balzer et Pringle, d'un hydradénome de Darier, Jacquet et Török ou d'un adénome sudoripare de Perry : pratiqué par M. Darier, il a montré qu'il s'agissait d'un hydradénome, comme l'indique la note ci-jointe.

L'étude de cette malade fournit des renseignements intéressants au point de vue du diagnostic et du pronostic de ces hydradénomes : nous avons vu que, comme l'avaient déjà indiqué MM. Besnier, Quinquaud, et Philippson, ils peuvent, en raison de leur siège et de leur coloration, simuler un xanthélasma et que l'on peut les en différencier par leur couleur et surtout leur consistance. Il est plus difficile de déterminer, d'après les caractères cliniques, quelle variété d'adénome on a sous les yeux. L'étude comparative des faits publiés jusqu'ici fournit cependant, à cet égard, les indications suivantes :

Les *adénomes sébacés* ont pour siège de prédilection les sillons nasogéniens ; ils forment de petites tumeurs saillantes, hémisphériques ; ils présentent souvent dans leur partie centrale une dépression punctiforme ; leur couleur est tantôt semblable à celle de la peau saine, tantôt rosée ou brunâtre ; ils coïncident fréquemment avec des télangiectasies, d'autres altérations des glandes sébacées et d'autres troubles congénitaux dans la nutrition de la peau (nævi, dépôts de pigment, etc.).

Les *adénomes sudoripares* dans le fait unique qu'a publié Perry, étaient de couleur blanche ; quelques-uns présentaient des points noirs dus à l'accumulation de pigments dans les cellules glandulaires ; ils étaient groupés surtout dans les sillons nasogéniens autour des ailes du nez, à la racine du nez et sur le front.

Les *hydradénomes* siègent surtout au-devant du thorax et aux paupières ; leur relief est peu prononcé ; ils ne présentent pas de dépression centrale ; leur couleur est variable ; elle peut rappeler celle du xanthélasma et les différencier alors nettement des autres adénomes ; on ne trouve avec ces tumeurs, ni télangiectasies, ni nævi, ni autres anomalies congénitales : d'après Philippson, elles sont parfois translucides et simulent tellement des vésicules à contenu citrin qu'on est obligé de les piquer pour s'assurer qu'elles ne contiennent pas de liquide, elles constituent alors le colloïde-milium. Cet ensemble de caractères positifs et négatifs doit permettre d'arriver sans biopsie à différencier ces diverses variétés d'adénomes.

Comment faut-il interpréter l'épithéliome qui s'est développé au voisinage de ces tumeurs ? s'agit-il d'une simple coïncidence. Les renseignements fournis par la malade ont, à cet égard, un intérêt considérable : elle affirme en effet, avec une grande netteté, qu'elle avait depuis longtemps, dans la partie où s'est produite la tumeur plus volumineuse, une petite saillie semblable à celles qui existent actuellement aux paupières et que c'est à la suite d'une écorchure que cette saillie a grossi. S'il en est

ainsi, et nous n'avons aucune raison de mettre en doute la bonne foi de cette femme, il est bien probable que cette saillie, semblable aux hydradénomes qui existent actuellement dans le voisinage, était une néoplasie de même nature : s'est-elle transformée en épithélioma en vertu de sa propre évolution ? ou a-t-elle offert, après excoriation, un terrain favorable au développement de cette néoplasie, comme le font la plupart des altérations chroniques de la peau ? de nouveaux examens histologiques pourront sans doute juger la question. Dès à présent, la possibilité d'une pareille complication doit assombrir le pronostic jusque-là si bénin de ces hydradénomes. Nous devons dire cependant que, sous l'influence d'un traitement par l'application de compresses imprégnées de la solution d'acide borique, d'abord à 1/20, puis à 1/15, la tumeur s'est affaissée et a notablement diminué de volume.

EXAMEN HISTOLOGIQUE par M. J. DARIER

1° La petite tumeur de la paupière inférieure gauche que j'ai excisée était intradermique, superficielle, à peine saillante, d'une couleur blanc jaunâtre, demi-opaque, et était longue et large autant qu'un grain de blé environ. A l'examen sur le vivant je l'avais prise pour une plaque de xanthélasma ; M. Hallopeau pensait à un adénome. Il y avait plusieurs autres tumeurs d'apparence identique mais plus petites dans le voisinage de la première et du côté opposé.

A l'examen histologique (coupes en série, après fixation par l'acide osmique) j'ai constaté les lésions caractéristiques et aujourd'hui bien connues de l'affection à laquelle nous conserverons provisoirement le nom d'*hydradénome*, et qui a reçu successivement les différentes dénominations indiquées par M. Hallopeau.

Je rappelle en peu de mots en quoi consistent ces lésions. On trouve, dans toute la hauteur du derme, de petits kystes à paroi épithéliale et à contenu colloïde ou plus rarement corné, et des masses cellulaires sphériques ou cylindriques formées d'éléments épithéliaux. Les cylindres ou boyaux pleins ont généralement la largeur de canaux sudoripares, mais on n'y voit ni lumière ni cuticule ; ils sont dirigés en tous sens, quelquefois ramifiés, et souvent en continuité avec un ou plusieurs des kystes ci-dessus signalés ; le tout étant disséminé au sein du tissu dermique qui n'est pas autrement altéré en apparence.

Telle est, en résumé, la structure de ces petites tumeurs ainsi que je l'ai décrite et figurée dans mon mémoire en collaboration avec Jacquet (*Annales de dermat.*, mai 1887) ; cette description est en tous points applicable au cas actuel.

Le point de départ de la néoformation épithéliale et kystique dans cette affection est encore en litige. J'avais émis l'hypothèse de son origine au dépens des glandes sudoripares ; elle n'a pas été confirmée

par les recherches de Török et Jacquet qui ont supposé que le point de départ devait en être cherché dans des glandes avortées ou des débris épithéliaux de provenance embryonnaire, opinion à laquelle se rattache Philippon. J'ai eu soin d'étudier à ce point de vue la série de mes coupes du cas actuel et d'y rechercher une connexion des masses épithéliales anormales soit avec le revêtement épidermique, soit avec les glandes sudoripares ou les follicules sébacés ; le résultat a été absolument négatif. L'hypothèse de l'origine embryonnaire reste donc la plus plausible actuellement.

Mais il est une altération que je n'avais que vaguement indiquée dans mon premier travail, que personne n'a signalée depuis et qui m'a frappé dans le cas actuel où elle est très nette. Il s'agit d'une altération du *tissu élastique* : dans toute l'étendue de la petite tumeur les fibres élastiques, loin d'avoir leur forme habituelle de filaments cylindriques réguliers, anastomosés entre eux, et sans solution de continuité, sont au contraire ici irrégulièrement renflées, variqueuses ou moniliformes, et fragmentées tantôt en bâtonnets et blocs inégaux, tantôt en grains ou granulations très fines ayant l'aspect d'une poussière. Par places on ne trouve plus une seule fibre élastique normale, mais en revanche, entre les faisceaux conjonctifs, des séries de granulations réfringentes plus ou moins fines, ou de bâtonnets irréguliers. Le tissu élastique ainsi modifié a cependant conservé ses principales réactions histochimiques ; on peut par l'action de la potasse détruire tous les autres éléments et l'observer à l'état de pureté.

J'ai retrouvé cette altération, quoiqu'un peu moins généralisée, sur mes préparations du premier cas d'hydradénomes que j'ai observé ; on y voit plus de blocs que de granulations fines.

Cette fragmentation du tissu élastique ne s'accompagne d'aucune trace d'inflammation. Quoiqu'il me soit impossible à l'heure actuelle de dire quelle est la signification de cette lésion, je ferai remarquer qu'il ne s'agit pas d'une dégénérescence avec tendance à la disparition, le tissu élastique étant en somme plutôt hyperplasié. Je ne connais d'altération analogue de ce tissu que dans certaines formes de xanthome où elle est encore bien plus marquée, et a été bien décrite par M. Balzer ; j'en ai moi-même observé un exemple typique (cas de M. Chauffard). Mais je ne vois pas le rapport qu'il peut y avoir entre cette affection et l'hydradénome.

Un autre détail frappant dans cet hydradénome des paupières, c'est l'abondance des cellules pigmentaires dans certains points du corps papillaire avec pigmentation correspondante du corps muqueux.

Dans les premières observations d'hydradénome les petites tumeurs siégeaient surtout à la partie antéro-supérieure du thorax. Philippon a publié deux cas dans lesquels leur siège correspondait exactement à celui que l'on note chez cette malade, avec coïncidence de tumeurs thoraciques dans l'un d'entre eux.

2° Un des points intéressants de la présente observation réside dans la coexistence d'un épithéliome de la racine du nez.

De cet épithélioma je n'ai que peu de chose à dire au point de vue histologique. Il s'agit d'un épithéliome pavimenteux tubulé, très végétant. Mais l'exiguïté du fragment que j'ai enlevé sur le bord de l'ulcération, sans y comprendre la zone d'envahissement du néoplasme, ne me permet aucunement de dire son origine. Je n'ai point vu sur mes coupes de kystes colloïdes ou de boyaux épithéliaux comparables à ceux de la tumeur de la paupière.

Y a-t-il transformation d'un épithéliome adénoïde bénin en épithélioma tubulé ? Il faudrait un examen plus complet pour pouvoir confirmer par l'histologie les données fournies par les commémoratifs.

M. ERNEST BESNIER. — Avec les données cliniques du passé, le diagnostic objectif des lésions semblables à celles que M. Hallopeau vient de nous montrer n'est pas réalisable ; ces petites productions intradermiques, d'un blanc terne, ressemblent surtout au xanthome pâle, tel que nous l'avons observé sur le malade présenté par Chauffard à la Société médicale des hôpitaux. (*Bulletins*, 1889, p. 412.)

Mais, d'autre part, en dépit des observations histologiques de Philippson (*Monatsh. f. prakt. dermat.*, 1890, n° 1), aucune confusion n'est possible entre elles et les nodules miliaires saillants, jaunâtres, translucides, colloïdiques et colloïdoïdes du *colloïdome miliaire* qu'il suffit d'excorier pour obtenir un petit bloc macroscopiquement colloïde.

Je ne vois non plus aucune égalité à établir, malgré les analogies histologiques, entre ces petits adénomes discrets, pâles et les hydradénomes que nous avons observés, qu'on voit représentés au Musée sous le nom d'hydradénomes éruptifs (pièce 1175), histologisés par Balzer, puis décrits par Jacquet et Darier et que nous appelons à présent *cystadénomes épithéliaux bénins*.

Enfin, sur la question du *rapport* qui unit les idradénomes de la paupière, avec le petit épithéliome voisin, mon opinion est très arrêtée ; bien que les cystadénomes soient *histogéniquement* para-épithéliaux, ils n'ont pas l'épithéliomatose comme terminaison *évolutive*, s'ils *deviennent* l'occasion d'un épithéliome, c'est au même titre que les verrues, les *nævi*, et toutes les déviations nutritives ou irritatives, toutes les attractions de la peau qui favorisent l'*implantation* et permettent la *germination* de l'élément *extrinsèque* auquel est due l'épithéliomatose.

M. HALLOPEAU. — Si j'ai cru pouvoir, avant tout examen histologique, contester qu'il s'agit d'un xanthome, c'est en raison, d'abord de la couleur des tumeurs qui est plus pâle que celle de cette dermatose, et surtout de leur résistance au toucher qui contraste avec la consistance tout à fait molle du xanthome non tubéreux.

CAS DE NÆVI VASCULAIRES VERRUQUEUX DE LA FACE,

AFFECTION CONFONDUE AVEC LES ADÉNOMES SÉBACÉS

Par M. J. DARIER.

Voici une jeune fille de 17 ans qui est atteinte d'une affection que l'on a confondue avec l'adénome sébacé de Balzer, parce qu'elle occupe le même siège et a une évolution analogue ; ce sont des *nævi vasculaires et verruqueux de la face*.

Le début de l'affection remonte à l'âge de 9 ans ; les taches et les petites tumeurs se sont développées en deux ans environ ; elles ne progressent plus depuis lors.

Les éléments siègent particulièrement dans les sillons naso-génien et sur le menton où ils se touchent presque ; ils sont encore abondants sur les joues et sur le nez ; très disséminés sur les paupières, le front et le cou.

Ils se présentent sous l'aspect de petites papules ou élevures hémisphériques ou planes, à surface lisse et brillante. Les plus petites n'ont pas le volume d'une tête d'épingle, la plupart ont celui d'un grain de millet. Cinq élevures plus grosses, du volume d'un grain de chènevis sont groupées sur la lèvre supérieure. Leur couleur est d'un rouge vif, passant au rouge orangé pour quelques-unes ; celles du sillon naso-génien sont plutôt d'une nuance jaunâtre sale. Leur consistance est molle, c'est à peine si on peut apprécier leur saillie avec le doigt.

Quand on tend la peau à leur niveau pour en chasser le sang on ne voit plus qu'une tache jaunâtre ; quand on comprime, au contraire, un pli de la peau pour la congestionner, les élevures deviennent d'un rouge très vif. Il y a donc dans ces excroissances une pigmentation et une vascularisation anormales.

D'emblée on remarque d'ailleurs qu'entre les saillies il y a des arborisations vasculaires très appréciables ; sur les joues, dans la région des pommettes notamment, on aperçoit un fin lacis de capillaires dilatés qui y dessinent un réseau d'un rouge vif sur le fond rosé de la peau.

Un point important à signaler, c'est qu'en regardant avec grande attention les petites excroissances on peut, grâce à la demi-transparence de leur tissu, y reconnaître de tout petits points blancs qui sont les glandes sébacées, mais ces glandes n'y paraissent nullement plus grosses ou plus nombreuses que dans la peau intermédiaire.

Il n'y a aucun prurit, aucune sensation anormale au niveau des parties malades. L'état général est excellent ; j'ajouterai que l'intelligence est parfaitement normale.

L'examen complet de la peau révèle des anomalies importantes dans l'espèce mais peu apparentes : deux taches de vitiligo à cheveux blancs dans le cuir chevelu, et quelque *nævi* mollusciformes sur le cou et le haut de la poitrine.

Chez les ascendants et les collatéraux il ne paraît pas y avoir eu d'affection analogue ni de vices de conformation.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'une hypertrophie fibreuse du corps papillaire avec dilatation énorme des vaisseaux des papilles et des rameaux du plexus sous-papillaire. Ces vaisseaux dilatés formant des boyaux contournés ou de véritable lacs sanguins ont la structure de capillaires ; par places ils sont entourés de cellules rondes. Il y a beaucoup de cellules pigmentaires dans les couches superficielles du corps papillaire. L'épiderme est parfaitement normal. Les glandes sébacées sont nombreuses mais on n'y remarque aucun indice de multiplication, d'hypertrophie, ou d'irritation proliférative. Les glandes sudoripares sont saines également.

En somme, c'est la télangiectasie qui est le fait capital, car dans d'autres éléments excisés, je n'ai pas trouvé le même degré d'hypertrophie fibreuse. Le diagnostic qui s'impose est donc celui de *nævi* vasculaires, ou de *nævi vasculaires verruqueux* et l'on peut affirmer que les glandes sébacées n'entrent pour rien dans le développement de cette affection.

Dans les deux cas que Balzer a décrits sous le nom d'adénomes sébacés, en 1885 et 1886, les tumeurs étaient blanches. Leur structure histologique a été minutieusement étudiée et sur la planche qui accompagne le premier mémoire de cet auteur on peut reconnaître avec lui qu'il s'agissait d'une sorte d'épithélioma tubulé bénin avec kystes parti des glandes sébacées (Musée, coll. gén., n° 1044 et 1169).

Depuis lors plusieurs cas analogues ont été observés, notamment par MM. Vidal et Hallopeau qui en ont déposé des moulages au Musée de l'hôpital St-Louis (collect. gén., n° 1165, 1170, 1291 et 1384). Dans ces derniers cas les excroissances étaient rouges, et accompagnées d'arborisations vasculaires ; malheureusement aucun examen histologique n'a pu être fait.

Pringle a réuni dernièrement ces divers cas, en y joignant une observation personnelle dans laquelle les tumeurs étaient rougeâtres et où l'histologie a démontré une multiplication des glandes sébacées ; il a cru pouvoir conclure que tous sont des exemples d'une même affection, que ce sont des adénomes sébacés du type Balzer.

Ma communication d'aujourd'hui a pour but de montrer qu'il existe une affection, de même siège et de même évolution mais d'origine non sébacée, les *nævi* vasculaires verruqueux, qu'il faut en distinguer.

Il est possible que, parfois, dans certains *nævi* on trouve des glandes sébacées hypertrophiées, au même titre que l'on voit des poils hypertrophiés dans le *nævus pilosus* ; cette affection n'en reste pas moins bien

distincte de l'adénome sébacé de Balzer lequel se rapproche plutôt, de l'avis même de cet auteur, des épithéliomes tubulés bénins.

M. E. BESNIER. — Je partage absolument l'avis de M. Darier sur l'origine congénitale de ces tumeurs et sur la dénomination de *nævi* qu'elles méritent.

Chez un malade que j'ai observé, et dont j'ai déposé le moulage au Musée (*collection gén.*, n° 1502), le corps tout entier, était couvert de *nævi* de différents types; or la présence simultanée de *nævi* sur les diverses parties du corps chez un même sujet est un fait bien connu. La difficulté qu'il y a à reconnaître l'origine congénitale de ces tumeurs et leur analogie avec les *nævi*, tient à ce que les *nævi* passent facilement inaperçus dans l'enfance et ne deviennent nettement apparents qu'à l'époque où le sujet prend tout son développement général : la présence des *nævi* est également relevée par M. Pringle (*British Journal of Dermatology*, 1890, p. 1).

Chez le malade que j'ai fait mouler, j'étais embarrassé pour donner un diagnostic, parce que le malade étant sujet à des attaques épileptiques épouvantables, je n'ai pas osé faire de biopsie, et sur l'étiquette qui accompagne le moulage j'ai inscrit : *nævi sébacés télangiectasiques*.

Le mot *sébacé* a été mis à cause du volume et du siège des tumeurs, mais je reconnais que je n'ai aucune preuve de l'existence d'une hypertrophie du système sébacé.

A propos de ce fait, je ferai encore remarquer que la malade dont M. Pringle a rapporté l'observation était ce que l'on peut appeler une *minus habens* et que mon malade était épileptique. Il y a dans l'état particulier du système nerveux chez ces malades un fait tout à fait caractéristique.

M. VIDAL. — Voici une pièce que j'ai fait mouler, en 1886, et qui est placée au Musée dans la vitrine des *nævi*, n° 1170 avec l'étiquette : *Nævi vasculaires et papillaires*. Elle représente exactement les mêmes lésions que celles de la malade de M. Darier et que je crois également d'origine congénitale. Chez mon malade, un jeune homme de 18 ans, on voyait dans la région dorsale un grand nombre de *nævi* verruqueux plats. L'affection était congénitale et la télangiectasie était devenue plus apparente dans les premières années de l'enfance.

M. HALLOPEAU. — M. Pringle a fait remarquer, dans son observation, la coïncidence de télangiectasies avec les adénomes sébacés; il y aurait lieu de multiplier les examens dans le cas de M. Darier et de rechercher si, comme dans le fait de M. Pringle, les deux ordres d'altérations n'existent pas simultanément; la localisation des éléments éruptifs dans les sillons naso-géniens est bien en faveur de leur nature sébacée.

M. DARIER. — Je ne sais pas exactement dans quel groupe doit être rangé le cas de M. Pringle ; il signale un accroissement de nombre et une hypertrophie des glandes sébacées ; mais sa description et ses planches présentent de notables différences avec celles de Balzer.

SUR UNE ÉRYTHRODERMIE CHRONIQUE A POUSSÉES AIGUES, DÉBUT PROBABLE D'UN MYCOSIS FONGOÏDE

Par H. HALLOPEAU.

Le médecin qui se trouve en présence d'un cas de mycosis fongoïde à sa première période éprouve presque toujours de réelles difficultés à en faire le diagnostic ; ce n'est le plus souvent qu'après une observation prolongée qu'il peut y parvenir. Ces difficultés résultent de la rareté de la maladie, des formes diverses qu'elle peut revêtir et de la ressemblance qu'elle peut offrir avec diverses autres dermatoses. Il en a été ainsi chez la malade que nous avons l'honneur de présenter à la Société.

Son histoire présente d'ailleurs diverses particularités qui n'ont pas été, à notre connaissance, signalées jusqu'ici : à ces différents titres, elle nous paraît mériter l'attention.

L..., âgée de 34 ans, entre, le 16 juin 1889, salle Lugol. Elle est de constitution et de force moyennes ; il n'y a rien à noter dans ses antécédents héréditaires. Elle a eu, en 1889, un enfant qui est venu à terme bien portant ; elle est de nouveau enceinte. Sa maladie actuelle débute, en août 1889, par l'apparition de plusieurs taches sur le visage : elles siègent, l'une au front, une autre sur le côté gauche de la joue et du nez, une au-dessous de l'angle du maxillaire, une sur la tempe gauche ; présentant au début les dimensions d'une lentille, elles atteignent progressivement environ 5 centimètres sur 3 ; elles sont d'un rouge vif, légèrement saillantes, très prurigineuses au moment de leur apparition ; cette sensation a disparu au bout d'un certain temps. (Depuis plusieurs années, la malade a, dans la saison chaude, des poussées d'urticaire qui se manifestent particulièrement aux cuisses et aux fesses ; les plaques ortiées disparaissent au bout de quelques heures).

En février, la malade entre dans le service d'un de nos collègues qui croit à des syphilides et institue un traitement par l'iodure de potassium et des applications d'emplâtre de Vigo. A ce moment, apparaissent, également sur le visage, de petites élevures rouges du volume d'un grain de chènevis ; elles s'étendent, s'élargissent et finissent par devenir confluentes ; la plus grande partie de la face se trouve ainsi progressivement envahie ; la malade remarque que ses cheveux deviennent plus grêles et qu'ils tombent par places ; pour la première fois, à ce moment, des plaques rouges apparaissent sur les extrémités digi-

tales, puis s'atténuent bientôt; depuis lors l'état de la malade ne s'est pas sensiblement modifié jusqu'au moment de son entrée dans notre service; elle a été traitée comme étant atteinte d'un eczéma; on conçoit que l'éruption ait pu revêtir cet aspect, car la malade affirme qu'à plusieurs reprises les parties malades ont été légèrement suintantes.

L'éruption occupe actuellement presque toute la face: elle est limitée, en haut par les confins du cuir chevelu, latéralement par le bord de la mâchoire, en bas par la région sus-hyoïdienne; les oreilles sont également intéressées; les sillons naso-géniens et la lèvre inférieure jusqu'au pli mentonnier restent seuls indemnes; toutes les autres parties du visage sont le siège d'une coloration d'un rouge foncé avec desquamation en petites lamelles blanchâtres très abondantes, et assez adhérentes; cette desquamation lui donne par place un aspect fendillé et comme craquelé; sur le front, la rougeur n'est pas uniforme; on y voit des taches isolées et séparées par des intervalles de peau saine; il en est de même à la lèvre inférieure et au menton; les placards uniformes des joues ainsi que les taches isolées forment un léger relief. Les orifices sébacés de l'aile et de la face dorsale du nez sont manifestement dilatés.

La peau est épaissie et semble infiltrée au niveau des parties malades. Sur les parties latérales du cou et à la nuque, se trouvent des plaques circulaires, saillantes, rouges, résistantes au doigt; on voit des éléments semblables sur les limites de la plaque qui couvre la joue gauche; les dimensions des plaques latérales et postérieures du cou varient entre celles d'une lentille et celles d'une pièce de un franc. Le cuir chevelu présente un certain nombre de taches rouges semblables à celles de la face; leur coloration est cependant moins vive; elles sont au nombre de dix environ, irrégulièrement disséminées; les cheveux sont très raréfiés à leur niveau; ceux qui restent sont grêles, ténus, secs et cassants. Il existe enfin des plaques érythémateuses sur les faces palmaires des doigts.

La malade accuse une sensation pénible de cuisson au niveau des plaques éruptives.

L'éruption ortiée, signalée précédemment, existe en ce moment à la partie postérieure des fesses et des cuisses; sous la forme de plaques saillantes, rouges, irrégulièrement dessinées et résistantes sous le doigt; elles sont le siège de cuissons et disparaissent au bout de quelques heures pour se reproduire ensuite dans le voisinage.

Le 25 juin, il se fait, après plusieurs jours de sensation de prurit et de cuisson, une nouvelle poussée à la face; la coloration est d'un rouge plus intense; il se détache, du fond uniformément érythémateux, des plaques plus colorées, à contours sinueux; une d'elles occupe la lèvre inférieure, une autre la racine du nez. L'éruption descend actuellement sur le cou en arrière jusqu'à la septième vertèbre cervicale, latéralement jusqu'à la clavicule, en avant jusqu'au-devant de l'extrémité supérieure du sternum. Dans cette dernière partie, elle est constituée par quatre plaques mesurant de 2 à 3 centim. de diamètre et légèrement suintantes; elles simulent des plaques d'eczéma; de même, au-devant du cou, des plaques surmontées de squames semblent représenter des vésicules desséchées.

Sur le tronc, on voit, en avant et en arrière, quelques groupes de saillies érythémateuses miliaires groupées en demi-cercles.

Les membres supérieurs sont envahis dans toute leur hauteur, mais l'éruption est beaucoup plus abondante aux mains. Tous les doigts sont couverts de plaques éruptives ; on leur distingue une partie centrale d'un rouge plus sombre ; elles forment un relief légèrement saillant ; elles sont confluentes sur la face dorsale du pouce, recouvrent l'index dans presque toute son étendue et sont nombreuses aussi sur les autres doigts ; elles occupent également leurs faces palmaires. On les retrouve avec les mêmes caractères sur le dos de la main ; la paume de la main reste indemne dans sa portion carpo-métacarpienne. A l'avant-bras et au bras, l'éruption est beaucoup plus disséminée ; on voit seulement quelques plaques sur leur face postérieure. On ne constate pas l'existence d'adénopathies.

Le 6 juillet, des plaques érythémateuses apparaissent au-devant de la cuisse gauche.

Dans le courant de juillet, il se fait une série de poussées ; chacune d'elle est annoncée par les vives sensations de prurit et de cuisson qui ont déjà été signalées ; chaque élément présente une évolution semblable ; les plaques s'agrandissent excentriquement : leur centre s'affaisse à mesure que leur périphérie s'étend et est plus vivement colorée ; au bout de quelques jours, il se produit une légère desquamation.

A plusieurs reprises, un certain nombre de plaques deviennent bulleuses : le grattage amène l'écoulement d'un liquide citrin et bientôt la surface excoriée se recouvre de croûtes jaunâtres. Les plaques laissent à leur suite des macules d'un rouge sombre qui ne s'effacent pas.

Le 22 juillet, l'aspect de la face ne s'est pas sensiblement modifié ; ses teguments sont le siège d'une rougeur presque uniforme et recouverts de fines lamelles blanchâtres ; ils sont légèrement tuméfiés et semblent infiltrés.

Le cou est couvert de plaques dont les dimensions varient de celles d'un grain de chènevis à celles de la paume de la main ; elles sont le siège d'une desquamation en lamelles très étendues.

Au niveau de la partie supérieure du sternum, et au-devant des clavicules, se trouvent des surfaces excoriées, recouvertes de croûtes jaunâtres et entourées d'un soulèvement bulleux. L'éruption descend, en s'atténuant progressivement jusqu'au niveau des seins.

Ces plaques érythémateuses, disparaissent en grande partie sous le doigt ; plusieurs d'entre elles présentent de petites ecchymoses.

Aux membres supérieurs, de nouvelles plaques ont apparu sur les mains et les avant-bras ; elles débutent toujours par de petites saillies rouges, du volume d'un grain de chènevis, puis s'étendent, en s'entourant parfois d'un cercle bulleux. L'éruption est nettement centrifuge. Dans certaines plaques, le centre, au lieu d'être plus foncé comme à leur début, commence à se décolorer ; les dimensions de ces plaques sont très variables : on trouve tous les intermédiaires entre la petite saillie initiale et la plaque qui atteint les dimensions d'une pièce de 5 francs. A droite, le ganglion situé au-dessus de l'épitrachlée est tuméfié.

Depuis hier les plantes des pieds sont envahies ; une plaque occupe toute la moitié antéro-externe de celle du pied gauche ; elle est saillante, d'un rouge vif elle envoie un prolongement sur la face plantaire du troisième orteil. Concurremment, de petites plaques se sont développées dans toute la hauteur

du membre correspondant ; elles sont très disséminées ; au-devant de la cuisse une plaque, depuis la veille, est surmontée d'une bulle.

L'éruption présente les mêmes caractères au membre inférieur droit ; on remarque, sur la partie externe de la jambe, une traînée linéaire de saillies papuleuses ecchymotiques ; les ecchymoses paraissent correspondre à des orifices glandulaires, sudoripares ou sébacés.

Quand le prurit persiste, on applique sur les parties malades, d'abord des compresses imprégnées d'une solution de sublimé au dix-millième, puis, en raison des sensations pénibles que détermine l'action du froid, une pommade renfermant la même proportion du même médicament.

Le 23 juillet, on constate la présence, sur les membres inférieurs, de nombreuses taches de purpura ; elles ont apparu la veille ; leurs dimensions sont celles d'un grain de millet : elles siègent au niveau des orifices pilo-sébacés ; pour la plupart groupées ou confluentes, elles forment des plaques qui atteignent pour la plupart le diamètre d'une pièce de un franc ; leur coloration noirâtre s'efface très incomplètement sous le doigt ; elles sont entremêlées de taches érythémateuses légèrement saillantes. Il n'y a pas d'autres hémorrhagies ; cependant les plaques des pieds ont pris une teinte plus sombre ; elles s'effacent incomplètement sous le doigt.

Le 30 juillet, l'aspect de la face s'est notablement modifié, les saillies précédemment indiquées ont disparu ; on n'en retrouve que des traces autour des lèvres et au menton. La coloration s'est modifiée ; on voit sur le front, au-dessus des sourcils, sur le milieu de la joue et sur les tempes une teinte ecchymotique qui ne disparaît pas sous la pression du doigt ; il s'est fait, consécutivement à l'éruption précédemment décrite, des hémorrhagies interstitielles.

Sur les parties latérales du cou, l'éruption a pris par places l'aspect circiné et trappelle celui de la trichophytie cutanée ; il en est de même au-devant de la partie supérieure du thorax, jusque sur les seins.

On continue les applications de pommade au sublimé ; la malade prend en outre des bains alcalins et à l'intérieur la solution d'arséniate de soude.

Le 1^{er} août, on note que les plaques du cou sont devenues plus saillantes ; plusieurs d'entre elles ont pris l'aspect lichénoïde.

Le 7. On a noté à plusieurs reprises que diverses plaques des membres devenaient plus colorées et prenaient une coloration plus vive en même temps qu'elles s'étendaient pour s'affaïsser ensuite et devenir plus sombres.

Le 20. La face présente une rougeur uniforme sans saillies appréciables ; le tégument y paraît toujours infiltré ; des parties saines forment un cercle incomplet au-dessous des narines et dans le pli mentonnier. Au cou, l'éruption forme comme une cravate s'étendant de la mâchoire inférieure aux creux sus-claviculaires ; elle descend en avant jusqu'au-dessous de la première pièce du sternum. Aux membres supérieurs, les plaques se sont multipliées et agrandies ; elles sont devenues confluentes ; de nouvelles plaques se sont également développées au niveau des orteils ; on voit dans le dos une ceinture incomplète d'éléments éruptifs ; au ventre, il existe une seule plaque composée de nombreuses saillies miliaires.

Le 26 septembre, l'éruption de la face a très notablement pâli ; l'épiderme est plissé verticalement comme si l'infiltrat s'était en partie résorbé ; il en est de même sur le cou. Aux membres, les plaques ne forment plus de saillie

nettement appréciable. Partout les surfaces rouges supportent des squames fines peu nombreuses.

L'accalmie ne devait pas être de longue durée ; le 29 septembre, de vives sensations prurigineuses annoncent une nouvelle poussée ; en même temps, la malade se sent agitée ; elle ne dort que très insuffisamment.

Le 1^{er} octobre, de nouveaux éléments éruptifs apparaissent dans tous les lieux d'élection avec les caractères habituels ; des lotions avec une solution de chloral à 1 0/0 sont prescrites pour calmer les vives démangeaisons qu'accuse la malade ; elle prend, à l'intérieur, 4 grammes de salicylate de soude.

Le 3 octobre, la poussée continue à se produire ; depuis son début, la malade a la fièvre le soir : le 1^{er} octobre, la température axillaire atteint 39°, elle baisse le lendemain matin à 36° pour remonter de nouveau le soir à 39° ; le 7 octobre, au matin, elle est encore de 38°. Le prurit et les poussées éruptives continuent à se produire ; les éléments sont surélevés et rappellent beaucoup l'aspect de certains érythèmes papuleux ; les plaques éruptives se multiplient aux bras où l'éruption avait été jusque-là, peu abondante ; aux extrémités, elles s'entremêlent avec les macules qu'avaient laissées les poussées précédentes ; elles s'en distinguent par leur saillie et leur coloration plus vive. La solution de salicylate de soude étant mal tolérée et d'ailleurs sans efficacité, est remplacée par la solution d'arséniate de soude à 0,10 pour 300 grammes à la dose de 6 cuillerées à café par jour.

Le 8 octobre, la malade accuse une sensation de vive cuisson aux membres et à la face ; de nouvelles plaques érythémateuses apparaissent aux avant-bras et aux mains.

La fièvre a persisté jusqu'à hier ; la malade continue à éprouver les mêmes sensations douloureuses ; les plaques érythémateuses s'étendent excentriquement ; on remarque la confluence d'éléments qui la veille étaient isolés ; il se produit une légère desquamation, principalement au centre des plaques ; des groupes de papules grosses comme des grains de chènevis se disposent en séries linéaires. La coloration rouge de la face est toujours presque entièrement généralisée ; on ne voit de parties saines qu'au niveau des commissures, au pli mentonnier et aux ailes du nez. L'éruption se limite sur les confins du cuir chevelu par un rebord légèrement saillant.

15 octobre. On voit, aux avant-bras, plusieurs plaques en voie de régression dont le centre se déprime, se décolore et présente ainsi l'aspect d'une cicatrice très superficielle, de très petites dimensions et assez mal caractérisée pour que l'on puisse en mettre en doute l'existence. On sent que la peau est épaissie au niveau de ces macules.

17 octobre. Il se produit depuis hier une nouvelle poussée fébrile, la température monte à 39° ; elle coïncide comme toujours avec un prurit suivi d'éruptions.

Le 21. La température est à 38°,3. La desquamation se fait en ce moment en larges lambeaux ; il continue à se produire de nouveaux éléments éruptifs de même aspect.

Le 22. M. Vidal examine la malade et oppose aux hypothèses du quid ignotum et à celle du lupus érythémateux à poussées aiguës formulée par un de nos collègues, celle d'un début de mycosis fongoïde ; il se fonde particulièrement sur les caractères de l'alopecie, sur l'infiltration avec épaissis

sement des téguments ainsi que sur les sensations de prurit et de cuisson

Nous notons pour la première fois la tuméfaction de plusieurs ganglions sous-maxillaires ; elle est peu prononcée, mais cependant nettement appréciable.

Depuis le 29, on applique de nouveau sur les parties malades des compresses imprégnées d'une solution de sublimé au dix-millième.

Le 31 octobre, on remarque, sur la face antérieure de l'avant-bras droit, une plaque circonscrite dont le centre est guéri et le bord saillant ; celui-ci paraît constitué par la confluence de petites papules ; l'aspect de cette plaque rappelle celui du lichen plan circonscrit.

L'urine est normale, sauf la présence de traces d'albumine.

Les muqueuses paraissent intactes ; il n'existe aucun signe d'affection viscérale. Malgré la fréquence, la durée et l'intensité des poussées fébriles, l'état général reste relativement satisfaisant.

La numération des globules rouges, pratiquée par M. Jeanselme, donne en moyenne 5,600,000 par millimètre cube ; le chiffre des globules blancs est de 1 pour 320 ; il n'y a donc pas de leucocytose, bien que la malade soit en état de gravidité.

L'histoire de notre malade peut être résumée ainsi qu'il suit : apparition il y a 15 mois, après des éruptions ortiées, de plaques érythémateuses sur la face ; extension progressive de ces plaques ; envahissement graduel de presque toute la face ; sensations de vives cuissons et démangeaisons à chaque poussée éruptive ; depuis quatre mois et demi, extension de l'éruption au cou, au tronc, et aux membres ; à diverses reprises, apparition sur les plaques érythémateuses, soit de vésicules, soit de bulles ; progression excentrique de ces plaques, affaissement de leur partie centrale, saillie de leurs contours ; infiltration avec épaissement des téguments dans les parties malades ; aspect sombre et livide, parfois ecchymotique, de la rougeur ; fréquentes poussées éruptives accompagnées de réaction fébrile ; production dans le cuir chevelu de plaques érythémateuses au niveau desquelles les cheveux se raréfient en même temps qu'ils deviennent plus grêles ; engorgements ganglionnaires ; état général relativement satisfaisant, sauf les poussées fébriles.

Le diagnostic a été longtemps hésitant : pendant les poussées vésiculeuses, on a pensé à un eczéma ; plus tard les diagnostics de syphilide et de lupus érythémateux ont été formulés par mes collègues ; la localisation initiale de l'éruption à la face, le développement excentrique des plaques éruptives, la coexistence de plaques d'alopécie incomplètes paraissaient justifier le diagnostic de cette forme de lupus ; nous nous sommes d'autre part demandé si nous n'avions pas affaire à un type non décrit : actuellement la marche de la maladie nous conduit à admettre, avec M. Vidal, qu'il s'agit, selon toute vraisemblance, d'un mycosis fongicoïde à sa première période : en effet, les éruptions vésiculeuses et bulleuses ainsi que l'aspect non cicatriciel des plaques d'alopécie, les poussées fébriles successives et les résultats de l'examen histologique per-

mettent d'éliminer le lupus érythémateux ; par contre, l'affection répond tout à fait, avec quelques variantes, à la description classique de la première phase du mycosis fongoïde : ce début par des plaques érythémateuses à progression excentrique coïncidant avec des éruptions d'apparence ortiée, l'extension graduelle de la maladie, la vésiculation passagère de certaines plaques, l'aspect livide et sombre des éléments éruptifs, les caractères de l'alopecie appartiennent à ce type morbide tel que l'a si bien décrit Bazin ; nous avons noté également cet épaississement de la peau qui, d'après Kaposi, donne au doigt une sensation spéciale que l'on reconnaît lorsqu'on l'a déjà constatée ; nous pouvons l'étudier en ce moment même comparativement chez cette jeune femme et chez l'homme rouge que nous avons présenté l'an passé au Congrès comme atteint d'une forme anormale de mycosis et que nous mettons de nouveau sous les yeux de la Société et constater qu'elle est la même chez les deux sujets ; l'aspect des plaques érythémateuses avec alopecie est également le même chez ces deux malades.

Cet ensemble de phénomènes est assez caractéristique pour que nous puissions admettre dès aujourd'hui que notre malade est atteinte d'un *mycosis fongoïde au début*.

Ce cas diffère en deux points seulement des cas signalés jusqu'ici : c'est, d'une part, l'apparition de bulles sur un certain nombre d'éléments ; ce sont, d'autre part, ces poussées fébriles intenses et prolongées que nous voyons depuis plusieurs mois accompagner les progrès de l'éruption ; nous mentionnerons également comme un phénomène étranger à la symptomatologie habituelle du mycosis cette *desquamation en larges lambeaux* que nous voyons en ce moment se produire chez notre malade.

Les recherches bactériologiques pratiquées dans notre laboratoire par M. Jeanselme ont donné des résultats négatifs.

Au contraire les résultats fournis par l'examen histologique, sont, comme en témoigne la note suivante, en faveur du mycosis.

EXAMEN HISTOLOGIQUE, par M. J. DARIER. — Deux petits fragments de peau ont été excisés, l'un sur la partie latérale du cou, l'autre sur le poignet gauche.

1° Le premier fragment comprenait une petite papule rouge, à peine indurée et presque pas saillante, siégeant au milieu d'une surface érythémateuse.

A l'examen histologique, après fixation de la pièce par l'alcool, on constate que la lésion est superficielle, qu'elle occupe uniquement le tiers supérieur du derme. Elle est constituée par une infiltration de petites cellules rondes, lymphoïdes ou embryonnaires, vivement colorées par le carmin. Dans la partie supérieure du chorion proprement dit l'infiltration est purement périvasculaire, sans diffusion des éléments anormaux ni

altération des cellules connectives. Dans le corps papillaire, c'est-à-dire au-dessus du plexus dit sous-papillaire, elle est au contraire diffuse; très discrète dans la région érythémateuse, elle est si abondante dans la portion papuleuse que les cellules rondes forment en ce point une nappe continue au-dessous de l'épiderme.

Les vaisseaux étaient très probablement fortement dilatés (autant qu'on en peut juger avec la technique employée); quelques-uns, bien fixés par l'alcool, apparaissent distendus et gorgés de sang. C'est sans doute à cette congestion vasculaire chronique qu'il faut attribuer la présence au sein du corps papillaire de pigment rouge brun assez abondant renfermé dans des cellules; ces cellules pigmentaires existent aussi bien dans la région érythémateuse que dans la région papuleuse.

L'épiderme est absolument intact dans toutes ces couches, pas trace de vésiculation. On remarque seulement qu'aux points où l'infiltration papillaire est le plus intense, la limite inférieure du corps muqueux est moins nette, ce qui tient à la présence de très nombreuses cellules migratrices qui traversent la première rangée et montent plus ou moins haut dans la couche de Malpighi.

Les glandes sudoripares, les follicules pilosébacés sont normaux, mais entourés de cellules rondes; je n'ai pas vu de nerfs.

2° L'examen du fragment excisé à la face dorsale du poignet sur le bord d'une tache congestive très légèrement saillante, révèle un état pathologique intermédiaire entre l'état papuleux et l'état érythémateux ci-dessus décrits. Les lésions sont essentiellement les mêmes; on peut les résumer en quelques mots: congestion vasculaire, manchons périvasculaires dans le chorion, infiltration diffuse du corps papillaire surtout marquée au voisinage immédiat du corps muqueux, cellules migratrices dans l'épiderme. On note, en outre, un léger degré de tension de l'épiderme et d'effacement des papilles sous l'influence du gonflement.

Deux questions se posent en face de ce résultat: ces lésions sont-elles suffisantes en elles-mêmes pour faire poser un diagnostic précis? Leur constatation vient-elle confirmer ou au contraire infirmer le diagnostic clinique de mycosis fongoïde à la période des taches congestives?

A la première question la réponse doit être évidemment négative; la congestion, l'infiltration par des cellules rondes, sont des lésions banales de tout état inflammatoire de la peau; il faut se borner à relever ici quelques caractères spéciaux, la superficialité de la lésion, la pigmentation indiquant l'ancienneté de la congestion, l'intégrité de l'épiderme, et l'absence de toute dégénérescence du tissu envahi et des éléments infiltrés. Ces caractères permettent d'éliminer toute une série de diagnostics parmi lesquels je ne citerai que ceux d'eczéma chronique et de lupus érythémateux auxquels quelques-uns avaient pensé en présence de cette maladie; mais d'autre part ils ne conduisent pas à une autre conclusion que celle de maladie érythémateuse ou lichénoïde à évolution subaiguë.

La seconde question, faisant intervenir la clinique, restreint les difficultés et revient à demander ceci : A-t-on noté dans des cas de mycosis à la première période des lésions comparables à celles du cas actuel ? Malheureusement les traités classiques et les observateurs qui ont publié des cas isolés, sont presque absolument muets sur l'anatomie pathologique des éruptions précoces du mycosis. Grâce à l'obligeance de MM. Hallopeau et Besnier, j'ai pu réunir quelques pièces, prises sur le vivant ou sur le cadavre, dans des cas où le diagnostic était rendu certain par la coexistence de tumeurs mycosiques. Sans entrer dans le détail des lésions très variées que j'ai rencontrées dans ces pièces, je dirai seulement qu'il ne faut pas s'attendre à trouver au début, dans les taches congestives de Bazin, le tissu adénoïde caractéristique de la tumeur du mycosis ; ce qui prouve, pour le dire en passant, que la maladie n'est pas une simple lymphadénie cutanée. On observe le plus souvent un degré variable d'infiltration du corps papillaire avec hypertrophie des papilles, combiné quelquefois avec des altérations d'apparence eczémateuse de l'épiderme qui paraissent secondaires et résultent peut-être du grattage. Mais j'ajouterai que certaines coupes de plaques érythémateuses les plus récentes, prises sur des malades atteints de mycosis fongoïde confirmé, m'ont offert des lésions identiques à celles que j'ai décrites dans le cas actuel.

En conséquence, l'examen histologique tend à confirmer le diagnostic de mycosis fongoïde au début, sans pouvoir l'établir positivement, faute de caractères pathognomoniques.

M. VIDAL. — La malade de M. Hallopeau présente sur le cou de petites tumeurs encore peu développées. Lorsque j'ai eu cette femme dans mon service, ces tumeurs n'existaient probablement pas, car si je les avais vues, je n'aurais pas porté le diagnostic d'eczéma. S'il est bien vrai qu'elles soient de nouvelle formation, je n'hésiterai plus à affirmer le mycosis fongoïde.

M. ERNEST BESNIER. — C'est moi qui ai fait le diagnostic de lupus érythémateux probable, il y a quelques mois ; les lésions se sont aujourd'hui modifiées et je crois qu'elles ne peuvent pas encore recevoir d'interprétation objective ferme. Les observations histologiques que vient de vous communiquer M. Darier, plaident aussi dans le sens d'une réserve prudente. Si cette érythrodermie est bien *prémycosique*, elle est bien rapide dans sa marche, et ce sujet est bien jeune ; je demande à ajourner mon acquiescement au moment où le caractère *néoplasique* sera plus décidé, les formes *figurées* plus dessinées, et où l'histologie aura établi, en un point quelconque, les caractères nets de la sarcomatose fongoïde.

M. E. SCHIFF (de Vienne). — Au Congrès international de dermatologie

de 1889 (*Comptes rendus*, p. 536), à propos d'un malade présenté par M. Hallopeau, je faisais remarquer que, jusqu'ici, le diagnostic de mycosis fongoïde n'avait été qu'un diagnostic rétrospectif, fait après l'apparition des tumeurs mycosiques et que, à la période prémycosique, le diagnostic des lésions cutanées était encore impossible. Chez la malade actuelle, les lésions sont un peu plus avancées que chez le malade de l'année dernière, on peut également s'avancer un peu plus dans l'énoncé du diagnostic, mais il est impossible d'affirmer dès maintenant l'existence du mycosis.

M. HALLOPEAU. — Chez le malade que j'ai présenté au Congrès de l'an dernier, le diagnostic de mycosis fongoïde a été admis par la plupart des membres présents, par MM. Vidal, Besnier, Kaposi entre autres ; ce diagnostic a d'ailleurs été confirmé par l'examen histologique, puisque M. Wickham a trouvé dans la partie supérieure du derme une couche de tissu adénoïde épaisse d'un millimètre.

J'ajouterai, pour le cas actuel, que je ne connais, en dehors du mycosis fongoïde, aucune affection dans laquelle on observe les poussées érythémateuses avec épaississement de la peau et l'alopecie de forme particulière que présente ma malade, tandis qu'il se rapporte *traits pour traits* à la description que Bazin a donnée de cette maladie.

STYPHILOME ANAL EN VOIE D'ÉVOLUTION; IMPUISSANCE DU TRAITEMENT SPÉCIFIQUE

Par M. F. VERCHÈRE.

La nommée C..., Laurence, est entrée le 27 juin 1890, dans mon service, (salle n° 8, lit n° 13) pour une affection dont le début remontait à 2 ans.

Cette affection occupait toute la région anale et présentait les caractères suivants :

L'anus paraissait enfoui au centre d'une saillie arrondie, dont les bords se continuaient avec la peau saine des fesses. Cette saillie considérable de 10 cent. de diamètre présentait un aspect différent suivant qu'on en considérait les parties périphériques ou le centre. Les parties périphériques étaient lisses à leur surface. Le tégument avait une teinte violacée un peu pâle. Si on venait à saisir cette véritable tumeur, on la sentait résistante sous le doigt, véritable œdème dur, mais ne conservant nullement l'impression du doigt. Cette infiltration dure s'atténuait peu à peu à mesure qu'on gagnait les bords de la tumeur, et puis disparaissait.

En avant, tout le périnée était occupé par une infiltration semblable, donnant au tégument un aspect tendu et une couleur violacée. Puis un œdème plus mollassse triplait le volume de la grande lèvre droite ; et la partie inférieure seulement de la grande lèvre gauche. Cet œdème non plus qu'en aucun point

de la tumeur ne gardait l'impression des doigts. Cette saillie prise dans son ensemble donnait à la région anale de cette malade l'aspect que prend celle de certains singes.

Au centre, se trouvait l'anus. Puis des modifications de plus en plus profondes apparaissaient à mesure qu'on se rapprochait de l'orifice anal. La surface de la tumeur au lieu de rester lisse, se hérissait de petites papilles verruqueuses adossées les unes contre les autres, formant par leur adossement une véritable marquetterie ; ce n'était qu'en dépliant en quelque sorte cette surface quadrillée que l'on pouvait constater que chacune des petites saillies était la base d'une petite papille verruqueuse adossée aux papilles voisines.

Enfin l'anus était déformé, suintant, irrégulier, représenté par une dépression anfractueuse, à parois rigides sillonnées d'énormes crevasses séparées les unes des autres par d'épais bourrelets, quelques-uns sessiles, d'autres pédiculés ; les uns allongés en forme de gros boudins, les autres renflés en massue, plusieurs adossés les uns aux autres et formant bouquet ; tous d'une égale consistance dure, élastique, ne se laissant ni déprimer, ni effacer. Lorsqu'on peut au milieu de ce chaos trouver l'orifice anal, on fait sans difficulté pénétrer l'index ; mais il est impossible d'obtenir une plus grande dilatation.

L'anus n'est plus dilatable ; il ne peut non plus se resserrer.

Le doigt pénètre dans une bague à parois rigides et irrégulières, présentant une hauteur de 2 centimètres à peu près. Au-dessus on trouve le rectum sain, la muqueuse normale. Au niveau du canal anal, la muqueuse n'existe plus, elle est transformée en une surface rouge vif, lisse, unie, érodée non ulcérée : laissant écouler un liquide puriforme, sans odeur très accentuée.

En recourbant le doigt en crochet au-dessus du bord supérieur de la bague anale on perçoit très nettement l'épaisseur de l'infiltration constituant la tumeur, il est possible de l'attirer en bas, et il est facile alors de constater l'envahissement de toute la région anale.

Les renseignements que donne le toucher vaginal viennent confirmer ceux que l'on obtient par le toucher rectal.

La paroi vaginale est mobile et tout à fait indépendante de la tumeur.

Les troubles fonctionnels sont peu marqués. La malade n'a jamais souffert de sa lésion. Les selles sont possibles, peu douloureuses ; du reste la malade supporte patiemment la douleur et n'a, je crois, qu'une sensibilité très émoussée. Il y a une légère incontinence des matières fécales lorsque la diarrhée est marquée. L'état général est satisfaisant, l'appétit est conservé.

A quelle affection a-t-on affaire ? Il est beaucoup plus facile de dire ce que cela n'est pas. En effet, il ne faut penser ni à de l'épithélioma ni à une ulcération simple inflammatoire. Les diverses tumeurs que l'on rencontre au niveau du rectum ; polypes, rectites proliférantes, etc., n'ont jamais présenté un ensemble objectif semblable.

Si nous recherchons les antécédents de notre malade, nous trouvons qu'enfant elle eut des maux d'yeux fréquents, quelques glandes au cou ; enfin, je signale ce fait en passant, elle présente une déformation du nez assez notable, et qu'elle affirme, présenter depuis sa naissance. Le nez est aplati, les os propres du nez sont presque complètement effacés et le

lobule du nez, par contre, fait une saillie assez marquée. J'ai recherché si dans sa famille on pourrait relever quelques symptômes permettant de penser à de la syphilis héréditaire, je dois dire que je n'ai rien trouvé. Son père est mort d'un anévrysme (?). Sa mère est encore vivante. Un frère beaucoup plus jeune qu'elle est toujours malade, gourmes, maux d'yeux, etc.

Quant à elle, elle n'a que 28 ans, et ses cheveux sont gris, sa figure est ridée et elle a plutôt l'aspect d'une femme de 35 à 40 ans. Elle a souffert beaucoup de misère, errant sans domicile et sans nourriture ; débauchée dès l'âge de 17 ans elle fut forcée à 20 ans d'entrer à l'hôpital St-Antoine dans le service de M. Hayem qui y diagnostiqua quelques muqueuses buccales, ano-vulvaires. Elle fut cautérisée et suivit un traitement général : Sirop de Gibert, bains, etc. Elle ne s'est jamais aperçue de son chancre. Elle sortit de l'hôpital 7 semaines après son entrée, ne présentant plus d'accidents. Depuis cette époque elle a cessé tout traitement.

Il y a deux ans qu'elle s'est aperçue de l'apparition des lésions anales. Sous quelle influence ; faut-il accuser un appel à la syphilis par des irritations locales ? On peut le penser, étant données les habitudes de la malade, qui accuse avoir eu des rapports contre nature. Faut-il ne voir là qu'une coïncidence. Je ne me prononcerai pas à cet égard. Dès qu'elle fut dans mon service je lui fis suivre un traitement mixte extrêmement énergique, elle a pris jusqu'à 6 et 8 gr. d'iodure par jour. A aucune époque je ne surpris la moindre amélioration dans son état. Elle fut pansée localement avec le plus grand soin ; la région fut désinfectée plusieurs fois par jour. Des applications d'iodoforme répétées n'amenèrent aucune modification. Les selles furent régularisées avec des lavements pris chaque soir, suivis de lavages abondants du rectum et de l'anus avec de la solution d'acide borique. Enfin elle fut soumise à un régime tonique. L'état général s'améliore, elle a engraisé, mais l'état local est resté sans changement.

Il y a 3 semaines je lui fis des cautérisations profondes et étendues avec le thermo-cautère espérant ainsi déterminer une transformation des tissus indurés et de l'infiltration scléreuse en tissu fibreux cicatriciel. Les points que j'avais creusés avec le couteau de platine se sont fermés rapidement sans amener un changement dans l'aspect et la nature des tissus malades.

Que faire en semblable occurrence ? Le pronostic me semble sérieux ; Doit-on craindre de voir avec le temps cette infiltration périanale devenir fibreuse et déterminer par suite un rétrécissement de l'anus, alors seulement on sera autorisé à faire la rectotomie pour permettre l'issue des matières fécales. Mais actuellement il n'y a aucun phénomène de rétention des matières et un traitement palliatif ne peut être indiqué.

C'est au traitement curatif ou prophylactique qu'il faudrait avoir

recours, mais lequel ? L'ablation large de la tumeur, comprendrait celle de toute la région anale et condamnerait la malade à une incontinence des matières fécales d'abord, et provoquerait ensuite, étant donnée l'énorme perte de substance qu'on serait forcé de pratiquer, le rétrécissement cicatriciel et toutes ces conséquences, plus hâtivement qu'il ne se produira spontanément.

L'impuissance curatrice du traitement spécifique me semble démontrée par les essais énergiques faits antérieurement ; aussi je crois que dans le cas particulier il faut le prescrire comme traitement général sans espérer modifier l'état local et se contenter localement de maintenir par des pansements répétés la région à l'abri de toute irritation.

M. E. SCHIFF. — J'ai vu un cas semblable à Vienne ; le traitement spécifique ayant échoué et la lésion anale donnant lieu à des douleurs, à des accidents de rétention stercorale, on fut obligé de pratiquer l'extirpation ; la guérison obtenue par l'opération se maintient depuis 4 ans.

CAS DE MYXŒDÈME CONGÉNITAL CHEZ UN SUJET FÉMININ ÂGÉ DE
19 ANS ET DEMI

PAR M. H. FEULARD.

La malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société présente un beau type de l'état pathologique bien étudié récemment par M. Bourneville sous le nom d'*idiotie myxœdémateuse*.

Rey..., Marie, est âgée de 19 ans et demi, mesure 90 centimètres de haut et pèse un peu plus de 18 kilogrammes.

Elle offre au degré le plus complet la conformation extérieure propre à ces sujets. Un coup d'œil jeté sur ces photographies montre bien toute la ressemblance de notre sujet avec les malades dont l'histoire et les portraits ont été déjà publiés par M. Bourneville (1). Tous ces malheureux ont un air de famille.

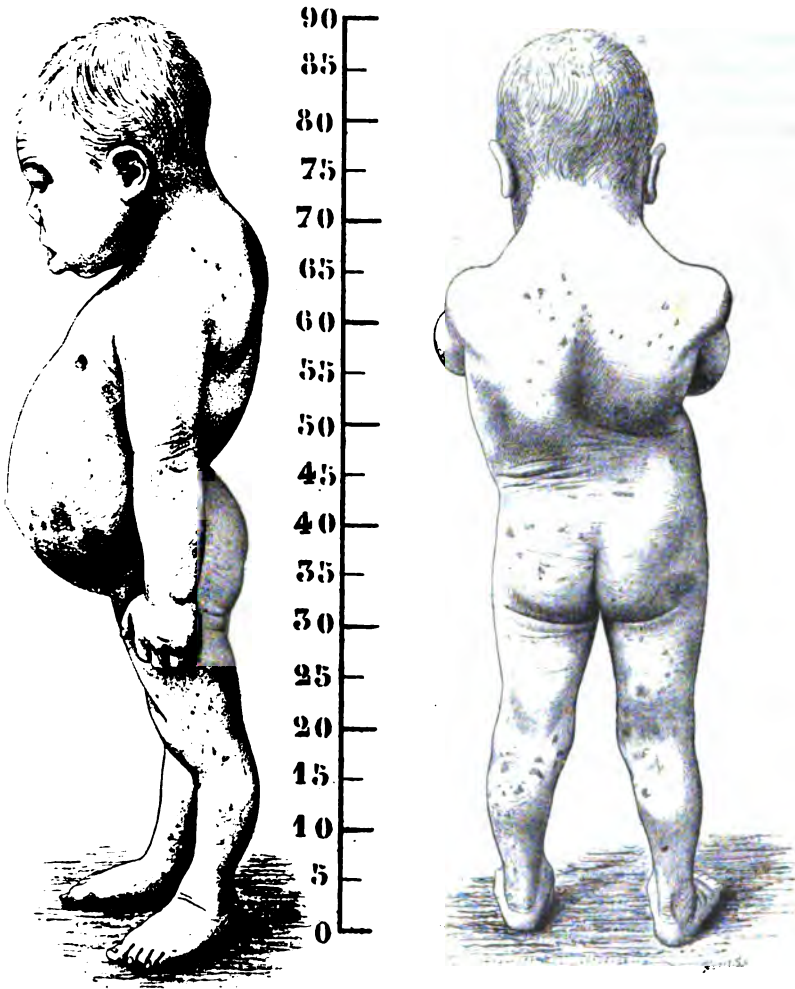
Il me suffira donc de présenter rapidement le tableau clinique que nous offre cette malade.

La tête est volumineuse, développée surtout en arrière, rétrécie en avant, nettement dolichocéphale ; la circonférence horizontale prise au niveau de la coiffure mesure 48 centimètres, le diamètre bi-auriculaire, 32 centimètres ;

(1) *Progrès médical*, 1890, n° 26, 27, 30, 33, 34.

de la racine du nez à l'articulation occipito-atloïdienne on mesure 36 centimètres.

Le front, carré, a 4 centimètres $1/2$ de haut; les cheveux sont implantés assez



bas. Ils sont secs, lanugineux, noirs, coupés courts (car ils ont été assez longs au dire de la mère pour former une petite natte), clairsemés et laissent par

places le cuir à nu comme cela s'observe sur la tête des anciens faviques. La fontanelle antérieure persiste.

La teinte de la peau du visage est cireuse, le nez est aplati, camus, élargi à son extrémité, les narines regardent en avant ; il y a de l'ozène. Les yeux ont une teinte gris vert ; les paupières sont atteintes de blépharite chronique, rouges, dépourvues en partie de cils, et chassieuses.

La bouche est largement fendue et mesure 4 centimètres et demi, les lèvres sont épaisses, bleuâtres, presque toujours entr'ouvertes, laissant passer la langue qui est volumineuse (*macroglossie*).

La dentition est mauvaise.

Examen des dents fait par M. Goldenstein. — « Proéminence du maxillaire inférieur, menton de galoche.

L'harmonie entre les deux mâchoires fait défaut : les dents de la mâchoire supérieure et celles de l'inférieure ne s'articulent pas ensemble.

Les angles du maxillaire inférieur sont obtus.

Mâchoire supérieure, 9 dents :

3 incisives, 2 canines, 4 molaires (dents de la 1^{re} dentition).

Un peu postérieurement à cette rangée, 2 incisives moyennes de seconde dentition.

Les racines des dents de lait n'ont subi aucune résorption, elles sont solidement plantées dans l'alvéole.

Mâchoire inférieure, 8 dents :

3 incisives de seconde dentition ; la 4^e du côté gauche est de 1^{re} dentition ;

2 canines de première dentition ;

2 petites molaires incomplètement développées, de seconde dentition.

Enfin quelques chicots cariés. »

Les joues sont tombantes, flasques, gélatineuses, le menton fuit vers le cou les oreilles sont aplaties mais sans déformation. La tête est reliée au tronc par un cou court, volumineux, élargi encore à sa base par deux tuméfactions (*pseudo-lipomes*) occupant de chaque côté les régions sus-claviculaires. Vu par la face postérieure, ce cou court se continuant en saillie avec le dos rappelle l'apparence du cou chez certains athlètes. La mesure de la circonférence à la base du cou est de 29 centimètres. La palpation du cou en avant fait constater l'absence du corps thyroïde, les doigts arrivant directement sur les cartilages de la trachée. Le thorax, en avant, ne présente pas de déformation : circonférence sous les aisselles au moment de l'expiration — 54 cent. ; circonférence au niveau de l'appendice xiphoïde — 56 centimètres.

Le ventre fait une saillie considérable, il est élargi et l'on constate une petite *hernie ombilicale*, saillant de deux centimètres environ. Les veines de la peau de l'abdomen forment un réseau très marqué : la circonférence du corps au niveau de l'ombilic mesure 61 centimètres.

Le dos est déformé, il proémine surtout à droite et la colonne vertébrale est incurvée à gauche, cette déviation de la taille serait apparue vers l'âge de 14 ou 15 ans.

Les fesses sont celles d'un gros enfant de neuf à dix ans, les cuisses sont plutôt développées, mais les jambes sont maigres, incurvées en dedans ; les pieds sont presque continuellement froids. Les membres supérieurs sont assez

bien proportionnés ; les mains sont larges, les extrémités des doigts aplaties, le doigt médius mesure 4 cent. 1/2 de long ; les mains sont presque toujours refroidies et bleuâtres.

Il n'y a pas de poils aux organes génitaux, ni aux aisselles ; la vulve est celle d'une enfant ; les seins ne sont pas développés.

Tel est l'habitus extérieur de notre malade.

Je dois ajouter que si la peau paraît aujourd'hui normale, seulement de couleur cireuse, elle était, quand on nous a amené la malade, le siège d'un eczéma squameux qui occupait tout le corps, la face et le cuir chevelu ; c'est même, je pense, à la persistance de cet eczéma sur la tête qu'il faut attribuer l'alopecie partielle qu'elle présente. Cet eczéma signalé chez tous les sujets de cette espèce durait depuis fort longtemps, il a cédé assez rapidement à l'emploi de pommades cadiques et, grâce aux soins *continus* de la peau, n'a pas reparu. La ténacité de ces éruptions est signalée dans toutes les observations.

Complétons notre description.

Les fonctions respiratoires et digestives se font bien Elle mange régulièrement sans gloutonnerie, très proprement ; elle est habituellement constipée, elle n'a jamais été gâteuse.

La malade se remue peu, passant presque toutes ses journées assise sur une chaise et près du poêle, car comme tous les sujets de cette espèce, elle présente une grande sensibilité au froid.

Elle marche cependant, mais sa démarche est pesante, les jambes écartées et comme en se dandinant.

La sensibilité générale est à peu près normale, elle voit bien et entend de même ; le pouls très petit est à 84 ; elle dort très bien.

Elle aime peu les sucreries, préférant les choses acides, les crudités ; elle aime aussi bien le lait que le vin.

Son état intellectuel est, je n'ai pas besoin de le dire, peu développé ; cependant il est moins précaire qu'on pourrait le croire. La malade est affectueuse, s'attache beaucoup aux personnes qui la soignent, sait parfaitement les reconnaître et les appelle par leur nom. Elle est d'un caractère doux et facile. Elle distingue très bien les pièces de monnaie, désigne l'usage qu'elle sait en faire pour acheter des jouets ou des bonbons, et comme, dans la salle d'hôpital, on lui donne souvent des sous, elle dit à sa mère qu'elle devrait bien venir à l'hôpital où elle s'enrichirait.

Elle est d'ailleurs parfaitement capable de petits raisonnements, voire d'une certaine malice dans ses paroles, mais il faut la provoquer à parler, car elle garde habituellement le silence ; sa figure au repos exprime l'hébétude mais si on lui parle elle esquisse sous forme de sourire un rictus épouvantable.

La voix est basse, sourde plutôt que grêle.

Elle joue habituellement avec des poupées ; on a essayé de lui apprendre à lire mais elle manquait d'attention et n'a jamais retenu ses lettres ; sa mémoire est assez bonne.

Tel est en résumé le tableau que présente notre malade, nous le complétons en donnant rapidement ses antécédents.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES.— *Côté maternel* : Sa mère que, nous avons vue, est actuellement âgée de 56 ans ; elle est bien portante, a été réglée à 13 ans,

mariée à 22. Elle a eu cinq grossesses toutes menées à terme à savoir : 1° une *filles* actuellement vivante, bien portante, âgée de 33 ans, mariée et mère elle-même d'un enfant de 12 mois, bien constitué; 2° Un *garçon*, actuellement âgé de 31 ans, bien portant; 3° Un *garçon*, 25 ans, qui vient de terminer son service militaire; 4° *Notre malade*; 5° Un *garçon*, mort de diphtérie à 4 ans.

Grand père maternel, mort à 63 ans, hydropique; *grand'mère maternelle*, morte à 63 ans hydropique et paralysée, a eu 5 enfants; la mère de notre malade, deux enfants morts en bas âge, une fille morte à 27 ans, une autre fille actuellement vivante. Cette tante de notre malade, est âgée de 49 ans, elle a été mariée deux fois : d'un premier mariage elle a eu une enfant venue morte à terme; d'un second mariage un enfant mort à l'âge de 1 mois; elle serait sujette à des attaques de nerfs assez fréquentes.

Côté paternel : *Père* mort à 54 ans, d'une affection intestinale; le père avait deux frères morts, l'un d'une maladie de poitrine, l'autre de paralysie; le *grand-père paternel*, maître d'école, est mort d'apoplexie; la *grand'mère paternelle* est morte jeune des suites d'une opération césarienne; l'enfant extrait alors est mort lui-même 8 jours après.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — La mère de la malade qui avait toujours eu des couches excellentes (3 grossesses) devint une quatrième fois enceinte en août 1870. En octobre de la même année, la ville qu'elle habitait était envahie par les Allemands; son mari fut pris par les soldats et sur le point d'être fusillé par eux; la mère qui assistait à ces scènes terribles tomba à la renverse et perdit connaissance; à dater de ce jour sa grossesse devint pénible, son ventre a pris des proportions énormes, elle devint dit-elle comme un tonneau, l'accouchement se produisit à 6 mois 1/2; les eaux étaient excessivement abondantes.

L'enfant fut élevée dans du coton et nourrie au sein par une voisine; rien de particulier ne fut remarqué si ce n'est l'exiguité de taille du bébé qui à un an était encore fort petite, elle fut sevrée à 18 mois; mais elle restait chétive ne marchant pas, ne parlant pas, sans dentition.

La première dent apparut à l'âge de 4 ans, et à 6 ans l'enfant commença à marcher; c'est vers l'âge de 4 à 5 ans que la tête a commencé à grossir; comme maladie d'enfance elle a eu la rougeole et la varicelle: la taille a commencé à dévier vers 14 ou 15 ans et c'est à peu près vers cette époque que l'eczéma s'est développé. La malade n'a jamais été réglée, elle n'a pas eu d'incontinence d'urine, on n'a jamais remarqué qu'elle eut des habitudes d'onanisme.

Ainsi se trouve complétée l'histoire fort intéressante de notre malade. Elle diffère fort peu des observations similaires et, comme nous le disions, tous ces malades ont un air de famille. Ce qui est curieux à retenir dans le cas présent c'est le développement dans une famille relativement exempte de tare nerveuse bien manifeste et au milieu de frères et sœur bien constitués de ce phénomène. Nul doute qu'il ne faille ici faire jouer un rôle étiologique important aux émotions violentes subies par la mère au troisième mois de sa grossesse, grossesse qui paraît s'être compliquée d'hydramnios et s'est terminée avant le septième mois.

Un mot encore en terminant : nous avons intitulé notre observation *myxœdème congénital* et non « idiotie myxœdémateuse » avec intention. Nous pensons que dans ces cas l'altération qui domine toute la scène est le myxœdème, myxœdème dont le développement assurément est en rapport avec l'absence du corps thyroïde constatée chez ces malades.

L'idiotie, ou l'imbécillité, car nous avons quelque peine à considérer notre malade comme une véritable idiote, n'est que la résultante de la maladie myxœdémateuse ; elle est analogue mais à un degré plus marqué à ce que l'on observe dans le myxœdème des adultes et dans le myxœdème opératoire. Dès lors ces sujets doivent être avant tout classés comme des myxœdémateux, le myxœdème comprenant alors trois variétés : *myxœdème infantile ou congénital*, *myxœdème des adultes*, *myxœdème opératoire*.

SYPHILIS; ACCIDENTS CÉRÉBRO-SPINAUX DE FORME TABÉTIQUE (TABES AIGU); TRAITEMENT SPÉCIFIQUE; GUÉRISON

Par MM. G. DIEULAFOY et A. FOURNIER.

M. X..., actuellement âgé de 36 ans est un homme robuste, de bonne constitution et d'excellente santé habituelle. Il ne se connaît comme antécédents morbides que quelques maladies d'enfance, quelques indispositions passagères et une fracture de jambe en 1879. Il n'a jamais été sujet à la moindre affection nerveuse. Nulle affection de ce genre chez ses ascendants.

En 1879, il a contracté la syphilis.

Les divers accidents de cette maladie, observés par l'un de nous, ont consisté exactement en ceci. En octobre 1879, chancres indurés du fourreau de la verge, avec pléiades spécifiques. En novembre, syphilide érythémato-papuleuse. En 1880, légères syphilides buccales, à trois reprises, et papules sèches du gland. En 1881, récurrence de petites papules sèches sur le gland, et quelques papules squameuses de la paume des mains. En 1885, groupe de syphilides palmaires dans la paume de la main droite. En 1887, récurrence de cette même syphilide palmaire. Nul autre accident spécifique depuis lors.

Le traitement de cette syphilis a été assez long, mais irrégulier, le malade faisant de fréquentes et longues absences. Il a consisté en ceci : A plusieurs reprises, pilules de protoiodure de cinq centigr. (1 ou 2 par

jour); sirop de Gibert; iodure de potassium; en 1887, une saison à Luchon avec frictions mercurielles.

Depuis trois ans environ, M. X... n'avait présenté aucun accident et jouissait d'une santé parfaite, lorsque, dans les derniers jours de décembre 1889, il se sentit pris d'un certain malaise dans les reins et d'une lourdeur constante dans les jambes. Il attribua d'abord ces phénomènes à la fatigue d'une chasse à courre, ou il était resté à cheval pendant 4 à 5 heures.

Mais ces symptômes ne firent que s'accroître, et quelques autres s'y ajoutèrent bientôt, vers le 1^{er} janvier 1890, à savoir :

Douleurs vagues, mal localisées, vers la région du rein, s'exaspérant par instants, et devenant assez vives; douleurs dans les membres inférieurs;

Diminution singulière de la puissance virile; érections difficiles et incomplètes;

Et surtout, fatigue excessive dans les membres inférieurs; marche devenue laborieuse, difficile, pénible, ce qui étonnait d'autant plus le malade qu'il était d'habitude « un marcheur infatigable ». « Mes jambes, raconte-il, semblaient ne plus vouloir avancer; elles étaient lourdes, comme si on eût attaché à chacune d'elles un poids de 40 livres ».

Décidément inquiet de tels accidents, il fit mander l'un de nous qui, le 10 janvier, constata les phénomènes précités, et, en outre, releva les diverses particularités suivantes :

Début manifeste de ptosis à l'œil gauche;

Diminution notable de la sensibilité tactile au niveau des deux fesses et à la région supéro-interne des cuisses;

Diminution indéniable des réflexes rotuliens.

Le 19 janvier, réunis en consultation, nous trouvons le malade dans l'état que voici :

Apyrexie; toutes fonctions indemnes, à part les troubles nerveux dont le détail va suivre.

Le malade accuse une faiblesse toujours croissante de ses membres inférieurs. Il peut encore marcher, mais lentement, et il serait incapable, dit-il, de faire une course d'une centaine de mètres. Il se sent las et harassé après quelques pas. Sa démarche est celle d'un homme rompu de fatigue ou d'un convalescent. Elle ne présente pas, du reste, d'incorrection appréciable d'ordre ataxique.

Cependant la force est conservée dans les membres inférieurs; elle est même considérable. Il nous est impossible, par exemple, de fléchir ou d'étendre l'une et l'autre jambe contre la volonté du malade.

Dans la station debout, l'occlusion des yeux trouble incontestablement l'équilibre, et cela d'une façon très appréciable (signe dit de Romberg).

Les réflexes rotuliens sont extrêmement faibles, presque anéantis.

Le ptosis s'est accru. Aujourd'hui la paupière gauche est absolument tombante et recouvre le globe oculaire aux deux tiers. Du reste, pas d'autre altération fonctionnelle de la troisième paire.

Parésie vésicale. Depuis quelques jours, le malade n'urine plus qu'avec difficulté, il est forcé de « pousser » pour obtenir l'évacuation d'urine, et cette évacuation se fait quelquefois attendre.

Anesthésie notable des téguments au niveau des fesses et de la partie supéro-interne des cuisses.

Nulle érection. Le malade se croit « impuissant ».

Les quatre ou cinq jours qui suivent cet examen sont encore marqués par l'exagération des symptômes précédents. La marche devient plus difficile, les troubles urinaires s'accroissent ; le ptosis se complète, les réflexes disparaissent presque absolument, etc.

Puis inversement, à dater de ce moment, une détente se produit dans tout l'ensemble morbide, et très rapidement chacun des symptômes précités s'atténue et décroît.

Si bien que, dès le 5 février, par exemple, nous trouvons le malade dans l'état suivant :

Marche infiniment plus facile. Les jambes sont « dégagées du poids qu'elles alourdissait ».

Ptosis amendé ; l'œil n'est plus qu'à demi couvert, et, par un effort, le malade peut le découvrir pour un instant.

Miction plus facile.

Réflexes plus sensibles, notablement accrus.

L'occlusion des yeux ne détermine plus d'oscillations dans la station debout, etc.

Finalement, les trois ou quatre semaines suivantes sont signalées par une atténuation progressive et une disparition complète de tous les phénomènes pathologiques. La paupière se relève. Les troubles urinaires disparaissent. Les réflexes se rétablissent. Les membres inférieurs se dégagent complètement.

Vers la fin de mars, le malade peut être dit guéri. — En tous cas, il ne conserve pas la moindre trace des symptômes précités. Il vaque en toute liberté à ses occupations, fait de longues courses à pied, monte à cheval, etc.

Revu ces derniers jours par l'un de nous, il a été trouvé dans l'état le plus satisfaisant.

Le traitement auquel nous croyons pouvoir attribuer l'honneur de cette guérison, traitement qui (cela est indispensable à préciser) a été institué dès le début même des accidents et observé par le malade avec la plus religieuse ponctualité, a consisté en ceci : frictions chaque soir, pendant 10 à 15 minutes, avec six grammes d'onguent mercuriel double, laissé à demeure pour toute la nuit ; iodure de potassium, de 6 à

8 grammes par jour ; bain tiède tous les deux jours ; pointes de feu sur la région du rachis ; électrisation oculaire.

MYÉLOPATHIE SYPHILITIQUE AVEC PARAPLÉGIE COMPLÈTE GUÉRIE PAR LE TRAITEMENT SPÉCIFIQUE

Par M. CHARLES MAURIAC

Le malade dont je vais vous parler est le même que celui qui fit l'objet de ma communication au 10 avril dernier, intitulée : *cas d'hémiplégie droite et d'hémiatrophie de la langue d'origine syphilitique* (1).

I

Voici son histoire en quelques mots : A l'âge de 40 ans et vers la 14^e année d'une syphilis en apparence bénigne et qui ne donnait aucun signe d'activité depuis 12 ans, il était survenu spontanément un ensemble de troubles singuliers ayant leur principal foyer dans la tête et à la gorge. Ils durèrent deux mois sans qu'on se doutât de leur signification, et ils aboutirent à un grand embarras dans le fonctionnement mécanique de la langue, à une hémiparésie droite de la face et de tout le côté correspondant du corps et à quelques troubles psychiques dépressifs peu prononcés qui empêchèrent néanmoins durant quelques semaines tout travail intellectuel sérieux. Puis il y eut aussi de la diplopie causée par une parésie du moteur oculaire externe du côté droit.

Tous ces phénomènes cérébro-bulbaires étaient fort atténués, vagues, indécis et comme arrêtés aux premières étapes de leur processus. Un seul prédomina et resta permanent, ce fut la paralysie ou mieux la parésie de la langue du côté droit qui s'accompagna rapidement et dès les premiers jours d'une hémiatrophie considérable.

L'action morbide semblait même portée primitivement sur le noyau de l'hypoglosse du côté droit, car, dès le début, on considéra le malade comme atteint d'une maladie de la gorge et de la bouche, parce qu'il machait, parlait et avalait difficilement.

Le traitement spécifique intensif fut d'une efficacité remarquable, bien qu'employé tardivement. Sous son action, qui se traduisait presque quo-

(1) Voir p. 10.

tidienement par un changement en bien dans l'ensemble et dans les détails de cette grave affection, l'encéphalée nocturne, les troubles intellectuels et moraux, l'hémi-parésie droite, s'atténuaient au point de devenir presque insensibles, tout en laissant sur le fonctionnement de quelques districts des centres nerveux, cette empreinte très particulière des cérébro-pathies syphilitiques qui n'échappe point à ceux qui en ont observé un grand nombre.

Du reste, un phénomène rare, singulier, caractéristique par lui-même et surtout par ses associations symptomatiques antérieures persistait toujours, c'était l'hémi-atrophie de la langue du côté droit.

Peu de temps après l'époque où je vous entretins de ce malade, sa situation s'améliora d'une façon si décisive et si inespérée, qu'on se laissait aller à croire qu'il était à peu près guéri. Il avait repris ses occupations professionnelles, son train de vie habituel, ses courses à pied, ses excursions hors de Paris, il s'aventura même seul dans un voyage jusqu'à Orléans, le 12 mai, un mois après la communication que je vous avais faite à son sujet,

C'est alors que commença la nouvelle série de manifestations nerveuses beaucoup plus graves que les précédentes dont je vais vous parler aujourd'hui.

Les premières avaient été tout à la fois cérébrales et bulbaires. Il était difficile de savoir lequel du cerveau ou du bulbe avait été le premier et le plus fortement touché. Toujours est-il que les centres psychiques n'avaient été qu'effleurés et que la moelle était restée intacte.

Dans cette seconde détermination, au contraire, ce fut sur elle que se concentra tout le travail morbide. Le cerveau ne fut nullement atteint, ni le bulbe non plus. A l'affection bulbo-cérébrale succéda une myélo-pathie des plus graves, presque foudroyante avec paraplégie complète, rétention des urines et incontinence des matières fécales. Cette fois je crus bien que le malade était perdu ; mais il en a réchappé de nouveau, grâce au traitement spécifique ; il est aujourd'hui sur pied et on peut le considérer comme à peu près guéri, quand on compare son état à celui qu'il présentait en juin 1890.

II

C'est dans le voyage que ce malade fit à Orléans du 12 au 20 mai, qu'apparaissent les premiers symptômes de la myélopathie sous la forme un peu vague et trompeuse d'une grande fatigue musculaire. Puis survinrent vers la fin du mois des douleurs très pénibles dans les épaules et une lassitude plus prononcée dans les extrémités inférieures que dans les supérieures. Enfin, comme prodrome plus significatif, la région lom-

baire devint le siège d'un foyer douloureux circonscrit, permanent, fixe qui contrastait avec les endolorissements erratiques se promenant çà et là depuis quelques jours sur les masses musculaires de tout le corps courbaturées et comme surmenées sans aucune cause de fatigue.

La santé générale ne tarda pas à se ressentir d'un pareil état de choses qui s'accroissait à vue d'œil, dans le sens d'une affection grave, peut-être d'un retour de la première détermination sur le système nerveux. Le peu qui en était resté jusque-là, semblait, en effet, revenir sous la forme d'une dépression intellectuelle et morale et souvent d'un embarras plus grand de la langue et d'une faiblesse plus prononcée du côté droit, une légère déviation de la face à droite, comme s'il y eût eu un peu de parésie faciale gauche.

Assurément il ne s'agissait point d'une simple maladie d'ordre commun, accidentelle, contractée pendant le voyage. Il y avait bien quelques mouvements de fièvre, de l'embarras gastrique, de la soif, de l'insapétence, etc. ; mais l'hypothèse d'une simple réaction organique contre une cause morbide autre que la syphilis, devenait de moins en moins probable, à mesure que le processus grandissait d'une façon inquiétante, se concentrait de plus en plus sur le système musculaire.

Cette période prodromique suspendue comme une menace sur les centres nerveux dura environ trois semaines. Puis, tout à coup, en deux ou trois jours les extrémités inférieures furent prises d'incoordination ; la marche et même la station debout devinrent difficiles, pénibles, presque impossibles.

Quand j'eus constaté ce changement à vue, mon impression fut qu'un *tabes aigu* venait de se déclarer, et je me dis que, contrairement à ce que j'avais supposé quelques semaines auparavant, l'hémiatrophie linguale devait entrer sérieusement en ligne de compte dans la prévision d'une détermination ultérieure de la syphilis sur la moelle épinière.

Oui, c'était bien là une myélopathie et une myélopathie des plus graves qui allait produire à brève échéance les conséquences les plus funestes. En moins d'une semaine en effet, l'incoordination submergée par la faiblesse qui envahissait avec une effrayante rapidité les extrémités inférieures s'abîma dans une paraplégie complète et presque foudroyante.

Vers le 15 juin, le malade ne pouvait plus bouger ; toute la moitié inférieure du corps était inerte, paralysée, à moitié insensible. La rétention des urines et l'incontinence des matières fécales ne tardèrent pas à survenir, vers le 5^e ou le 6^e jour de la myélopathie déclarée.

Comme le malade ne pouvait pas être soigné chez lui, je le fis entrer dans les chambres payantes de l'hôpital du Midi où il fut transporté sur un brancard le 20 juin (10^e jour environ de la myélopathie).

Pendant les deux dernières semaines de juin et la première de juillet, la myélopathie dont le processus d'invasion avait été si précipité resta

stationnaire. Mais elle avait atteint du premier coup un tel degré d'intensité, qu'il me semblait téméraire d'espérer sa guérison. Je fis néanmoins tout ce qu'il fallait faire pour l'obtenir, c'est-à-dire que j'instituai le traitement le plus intensif qu'on puisse raisonnablement faire subir avec le mercure et l'iodure de potassium : Iodure seul, biiodure de mercure ioduré et tous les deux à dose très élevée furent administrés tour à tour. En même temps, frictions quotidiennes avec l'onguent napolitain. Bien que ces frictions, fussent faites sans aucune précaution, ni ménagement, car je voulais obtenir la salivation mercurielle, je ne pus pas y arriver. Ce n'était pas la première fois que j'échouai ainsi, je serai presque tenté de croire que les myélopathies donnent une sorte d'immunité contre l'irritation hydrargyrique de la muqueuse buccale.

Je n'insisterai pas sur les détails du traitement; nous ne pouvions guère le varier. Avec nos deux agents spécifiques nous sommes condamnés à une certaine uniformité monotone, car les indications et les moyens de les remplir, ne changent guère suivant la détermination de la syphilis. Qu'elle se localise sur la peau, les os, les viscères thoraciques et abdominaux, ou bien sur l'encéphale et la moelle épinière, que pouvons-nous faire si ce n'est saturer le malade d'iodure et de mercure.

Mais qu'importe ? l'essentiel est qu'ils réussissent. Eh bien, dans le cas actuel ils ont donné une preuve éclatante de leur souveraine efficacité.

Vous allez en juger par le récit sommaire des principales phases de cette grave myélopathie.

Le malade pouvait à peine imprimer dans son lit un léger mouvement aux jambes. La marche, la station étaient radicalement impossibles. C'était une paralysie à peu près complète surtout dans le membre inférieur droit. Les mouvements réflexes ordinaires, loin d'être abolis comme dans le tabes étaient au contraire exagérés. La sensibilité sous ses divers modes était émoussée. Le bras droit était redevenu parésié et le malade ne pouvait se servir que du bras et de la main gauches dont les mouvements restèrent intacts. Mais à la face, il y avait un peu d'hémiplégie à gauche, ainsi que l'attestait une notable déviation de la bouche à droite. Langue très embarrassée, mastication difficile.

Ainsi les principaux symptômes de la première attaque s'étaient reproduits.

La diplopie qui avait disparu troublait la vision et se compliquait d'un prolapsus de la paupière du côté droit, sans strabisme.

Les centres psychiques fonctionnaient à peu près normalement. Le cerveau était fort peu touché. Toute l'action se concentrait cette fois sur la moelle épinière et probablement aussi un peu sur le bulbe et sur quelques-uns des nerfs qui en émanent.

Mais ce qui dominait tout le reste, c'était la paraplégie avec ses con-

séquences ordinaires, lorsque la moelle est gravement compromise par une lésion quelconque. Parmi ces conséquences, il en est une que je craignais par-dessus toutes les autres, parce qu'elle est d'une signification pronostique redoutable, ce sont les eschares du sacrum. A la troisième semaine, elles ne s'étaient pas encore produites.

Je commençai à désespérer un peu moins malgré la persistance, avec leurs alternatives, de la rétention et de l'incontinence des urines et des matières fécales.

Peu à peu ces derniers symptômes s'amendèrent. Puis l'état général, qui avait été mauvais dans les premiers jours, s'améliora graduellement. La physionomie de l'affection envisagée dans son ensemble présentait déjà vers le milieu de juillet, quelque chose de moins désespérant. On sentait, vaguement, il est vrai, et sans pouvoir rien préciser, que le malade n'était pas irrémédiablement perdu.

Vers la fin de juillet (40^e jour de la myélopathie déclarée) les chances d'amélioration et de guérison apparurent sans aucune équivoque et se formulèrent en signes qui devinrent de jour en jour et presque à vue d'œil, plus nets et plus rassurants.

Ces signes consistèrent en une diminution rapide de la paraplégie. Les membres inférieurs commencèrent à se mouvoir librement dans le lit : puis la station debout, en s'appuyant, fut possible et bientôt quelques tentatives de marche furent ébauchées avec un étai sous chaque aisselle.

Cette sorte de résurrection fut presque aussi rapide que l'avait été la chute, car au bout de deux semaines à partir du moment où l'amélioration avait commencée, du côté des extrémités inférieures, le patient se levait seul et piétinait sur place ou se traînait dans sa chambre le long du mur sans le secours de personne.

Vers le 10 août (2^e mois révolu de la myélopathie), il marchait sans appui, se promenait dans les corridors, se servait librement de la main droite, sans pouvoir écrire encore, n'avait plus ni rétention ni incontinence, ni diplopie, ni prolapsus, parlait sans autre embarras que quelques hésitations produites par l'hémiatrophie linguale, et se trouvait à peu près complètement dans son état normal. Cependant, la guérison n'était pas complète, mais quand on sort d'une pareille crise, on peut bien n'être pas difficile et ne pas se montrer trop exigeant sur l'amélioration.

C'est dans cet état d'esprit que se trouvait le malade, un optimiste par nature. Il ne tarda pas à sortir, à faire beaucoup d'exercice à pied, à se surmener et même à compromettre sa santé par quelques excès de boissons auxquels il était sujet.

Les douleurs des reins qui avaient été si fortes au début de la maladie, s'atténuèrent dans sa phase la plus grave, puis elles reparurent et je les combattis avantageusement avec des pointes de feu.

En septembre, presque tous les symptômes de la myélopathie avaient disparu.

Néanmoins, pour un œil exercé, le malade était encore loin d'avoir recouvré le fonctionnement intégral de ses centres nerveux.

Depuis, son état est resté stationnaire, et c'est un état qui est voisin de l'infirmité.

De plus une troisième rechute n'est-elle pas à craindre ? Quoi qu'il en soit, si imparfaite et si précaire que soit cette guérison, je crois qu'on doit la considérer comme un grand succès pour la médication spécifique. N'est-il pas évident, en effet, que si la myélopathie n'avait pas été directement produite par la syphilis et la syphilis seule, le malade serait probablement encore cloué sur son lit dans l'immobilité de la paraplégie.

Ce cas est à tous les points de vue un exemple typique des désordres que produit la syphilis quand elle dissémine et multiplie ses attaques sur les différents foyers des centres nerveux.

On y trouve tous les caractères si frappants que présentent dans leurs combinaisons infinies les affections spécifiques du cerveau et de la moelle épinière : la multiplicité des lésions, leur éparpillement capricieux, l'absence des coordinations fixes et régulières, l'imprévu, la bizarrerie des phénomènes dont les uns s'ébauchent à peine, s'arrêtent en chemin, sans qu'on sache pourquoi, tandis que d'autres vont jusqu'au bout de leur processus, l'instabilité en tout, la fluctuation qui déroute, l'incertitude à laquelle nous condamne la possibilité de toutes choses en mal comme en bien, surtout en mal, etc.

On pourrait insister longuement sur la physiologie pathologique de cette observation, mais je crois que toutes nos hypothèses seraient sans base solide et par conséquent inutiles.

Nous est-il possible en effet de dire, par exemple, quels sont le nombre, la forme, l'étendue, la contexture des lésions qui ont donné lieu à tous ces phénomènes morbides. Pouvons-nous supputer leur cas de spécificité histologique ?

Tout au plus avons-nous quelque chance de ne pas nous tromper trop grossièrement sur leur localisation.

Je crois bien qu'on peut presque affirmer en ce qui concerne la myélopathie que sa lésion siège dans la région lombaire, puisque les membres supérieurs n'ont pas été atteints et qu'il n'a jamais existé de trouble cardio-pulmonaire. Cette lésion était circonscrite aux reins et elle n'a pas quitté son siège primitif pour se porter ailleurs. Elle n'a attaqué que superficiellement la moelle dans ses faisceaux antérieurs et sans pénétrer jusqu'à la substance grise.

Voilà qui est bien vague et encore est-ce l'expression de la vérité ?

Je suis encore fort embarrassé pour me faire une idée même approximative des lésions du cerveau et du bulbe.

Il est certain d'après de nouveaux renseignements, qui m'ont été communiqués récemment, que la langue a été atteinte seule dès le début et cinq ou six mois au moins avant la première attaque d'encéphalopathie. Quand je fus appelé à soigner ce malade elle était déjà très atrophiée dans sa moitié droite.

Mais quelle était la lésion de l'hypoglosse ? Où siégeait-elle ? Dans le noyau du nerf ou sur son trajet ?

Plus tard il y a eu hémiparésie droite dans les membres et hémiparésie gauche dans la face et cette alternative doit nous faire admettre une lésion de la protubérance. Il en est de même de la parésie du moteur oculaire externe droit. Quant au prolapsus de la paupière supérieure, sans autre paralysie du moteur oculaire externe, comment l'expliquer, et la coordonner avec les autres parésies.

Je suis forcé de m'interdire tout commentaire théorique. Je n'ai voulu envisager ce fait qu'au point de vue pratique et c'est bien suffisant, car à cet égard-là il présente un intérêt incontestable et qui fera ressortir le résumé par lequel je vais terminer ma communication.

I. — Un homme à la 14^e année de sa syphilis éprouve, sans cause connue un certain embarras dans la langue ; cet organe fonctionne mal et s'atrophie dans toute sa moitié droite. Si, dès le début, on s'était rendu compte de cette affection et de sa provenance, il est probable qu'en la traitant avec les spécifiques, on l'eût arrêtée dans sa marche et peut être aussi eût-on prévenu les accidents ultérieurs.

II. — On laisse alors les choses pendant trois mois, puis survient alors une véritable attaque d'encéphalopathie avec parésie alterne, diplopie, troubles intellectuels et moraux. Le traitement spécifique bien qu'employé tardivement fait assez promptement justice de cette grave affection. On regrette d'autant plus qu'il n'ait pas été employé plus tôt contre la paralysie de l'hypoglosse droit.

III. — Le malade se rétablit d'une façon inespérée. Puis tout à coup, il est frappé de paraplégie. Pourquoi cette paraplégie ? Pouvait-on la prévoir ? Le traitement intensif dirigé contre la première attaque ne l'a point prévenue, ce qui prouve bien, comme je l'ai dit souvent, que les spécifiques sont beaucoup plus curatifs que préventifs et ne sont efficaces que contre le fait accompli et non contre celui qui est encore en germe ou à l'état virtuel.

IV. — Toujours est-il qu'ils ont triomphé de la myélopathie comme ils l'avaient fait de la cérébropathie, sans produire cependant une guérison absolue. Il est rare en effet, qu'ils fassent disparaître toutes les traces de ces graves affections dont les centres nerveux ne sortent jamais indemnes. Le pussent-ils pour le présent qu'il y aurait toujours à craindre pour l'avenir.

Mais les résultats que donnent nos deux spécifiques sont merveilleux

quand on les compare à ceux qu'on obtient avec les indications d'ordre commun dans les affections ordinaires du cerveau et de la moelle épinière.

La spécificité en pathogénie comme en thérapeutique a donc un avantage marqué pour le malade. Et qui sait à quels résultats plus merveilleux encore nous parviendrons si, comme c'est dans l'ordre des choses possibles et probables on parvient à découvrir le microbe de la syphilis et à le neutraliser dès le début de la maladie, ou mieux encore à rendre les organismes réfractaires à son action.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU JEUDI 11 DÉCEMBRE

Élection de membres titulaires.

Candidats. { M. le Docteur WICKHAM (Louis). Paris.
M. le Docteur GAUDICHIER (Henri). Paris.
M. le Docteur KALINDERO. Bucarest.

Présentation de malades.

M. DJÉLAL-MOUKTAR : Cas de lichen plan unilatéral gauche, suivant le trajet des nerfs.

Communications.

M. THIBERGE : Communication sur le traitement du lupus, à Berlin, par la méthode de Koch.

Commission des Médecins de l'hôpital St-Louis.

Présentation de cas de lupus en traitement par la lymphé de Koch.

M. OUDIN : Note sur l'atrophie musculaire blennorrhagique.

M. GAUCHER : Observation de vaccine généralisée suivie de mort.

MM. BARTHÉLEMY et DE ST-GERMAIN : Note sur une variété de folliculites disséminées.

M. HUMBERT : Contribution à l'étiologie du pseudo-chancro induré des anciens syphilitiques.

M. EHLERS (de Copenhague) : Cas de chancro induré non suivi d'accidents secondaires.

M. FALLEN. Érythème scarlatiniforme généralisé consécutif à l'administration de pilules aux extraits de belladone et d'opium.

SÉANCE DU 11 DÉCEMBRE 1890

Présidence de M. le Professeur Hardy.

SOMMAIRE. — Syphilome végétant de la langue, présentation de malade, par M. HALLOPEAU. (Discussion : MM. LAILLER, HARDY.) — Sur un herpès en cocarde confluent du tronc, présentation de malade, par M. HALLOPEAU. Discussion : MM. BROCC, VIDAL, E. BESNIER, HALLOPEAU.) — Sclérodémie en bande traitée par l'électrolyse, présentation de malade, par M. BROCC. (Discussion : M. E. BESNIER.) — Le traitement du lupus à Berlin, par la méthode de Koch, par M. THIBERGE. (Discussion : M. VIDAL.) — Note sur une variété distincte de folliculites généralisées par BARTHÉLEMY. — Cas de chancre induré non suivi d'accidents secondaires par ED. EHLERS. (Discussion : MM. MAUBIAC, BARTHÉLEMY, E. BESNIER.) — Érythème scarlatiniforme généralisé consécutif à l'administration de pilules aux extraits de belladone et d'opium par M. FALLEN. — Élections de trois membres titulaires.

SYPHILOME VÉGÉTANT DE LA LANGUE

Par M. HALLOPEAU.

J'ai l'honneur de vous présenter de nouveau un malade que j'ai montré dans la séance du 12 juin comme atteint d'un *syphilome végétant de la langue* (Voir p. 159 du *Bulletin*).

Des réserves ont été faites dans cette séance par M. Ozenne qui s'est demandé s'il ne s'agissait pas d'une hybridité cancéro-gommeuse ; l'évolution que, sous l'influence d'un traitement intensif par l'iodure de potassium et les frictions mercurielles, ont suivie les lésions, est venue démontrer qu'il s'agit bien exclusivement de néoplasies syphilitiques auxquelles convient toujours l'épithète de *végétantes* ; on peut constater en effet aujourd'hui que les saillies indurées précédemment décrites sur les bords de la langue ont sensiblement diminué de volume ; les ganglions sous-maxillaires sont également moins tuméfiés ; on voit sur les bords et les deux faces de l'organe une mêmes saillies papillomateuses végétantes et translucides qui ont été signalées antérieurement ; elles sont de même

moins volumineuses : le diagnostic ne peut plus faire actuellement l'objet d'un doute ; depuis six mois, des masses épithéliomateuses, au lieu de rétrograder, auraient sans aucun doute considérablement proliféré en même temps qu'elles se seraient plus profondément ulcérées.

M. LAILLER. — Ce malade présente en effet une amélioration relative très intéressante. Je crois que l'on obtiendrait encore un résultat plus satisfaisant en insistant sur le traitement local et plus particulièrement en faisant débarrasser les dents du tartre épais qui les recouvre.

M. HARDY. — J'appuie ce que vient de dire M. Lailler sur l'importance d'un traitement local. L'écueil contre lequel on se heurte trop souvent dans le traitement de ces lésions linguales c'est l'action mauvaise qu'exerce dans certains cas le mercure sur la langue. Aussi est-on obligé d'abandonner alors le traitement général et d'instituer avant tout un traitement local approprié.

SUR UN HERPÈS EN COCARDE CONFLUENT DU TRONC. PRÉSENTATION D'UN MALADE

Par M. HALLOPEAU.

Les importants travaux qui ont été faits dans ces derniers temps sur les dermatites bulleuses ont laissé dans l'incertitude la place qu'il convient d'assigner dans le cadre nosologique aux différents herpès que caractérisent des bulles disposées en cercles concentriques et auxquels on donne encore en Allemagne la dénomination d'herpès iris, dénomination déféctueuse, car le plus souvent l'éruption n'est pas polychrome ; ils méritent mieux celle d'herpès en cocarde ; les uns doivent être rapprochés avec M. Hardy et M. Kaposi, conformément à l'opinion exprimée par Bazin, des érythèmes que l'on qualifie aujourd'hui de polymorphes ; MM. Dühring et Brocq semblent avoir tendance à en rattacher d'autres à leur dermatite herpétiforme ; peut-être y a-t-il encore des types distincts de ceux qui constituent les deux groupes précédents : l'histoire du malade que nous avons l'honneur de présenter à la Société pourra sans doute ultérieurement contribuer à résoudre cette question ; elle est en tout cas dès à présent digne d'intérêt par les caractères remarquables et inusités que présente l'éruption ; elle peut être résumée ainsi qu'il suit :

M. P..., âgé de 63 ans, entre le 8 décembre 1890, au numéro 25 de la salle Bazin ; de constitution moyenne, il a, comme antécédents pathologiques, des douleurs articulaires qui sont survenues pour la première fois il y a environ

18 mois. L'éruption qui l'amène à l'hôpital a débuté, il y a trois semaines, par de vives démangeaisons ; le grattage provoquait l'apparition des mêmes éléments éruptifs que nous voyons aujourd'hui ; depuis le début de la maladie, de nouvelles poussées éruptives se sont constamment produites. Les premiers boutons ont eu pour sièges le moignon de l'épaule droite, la nuque et le menton ; depuis lors, la partie antérieure du thorax a été envahie dans une grande étendue ; un placard éruptif s'est développé sur le haut du bras droit. Le malade a éprouvé, au début, de l'anorexie et de la céphalalgie ; il croit avoir eu de la fièvre ; il est aujourd'hui dans l'apyrexie complète ; sa température vespérale est de 37°,4.

L'éruption est encore en pleine activité et l'on peut en suivre toutes les phases : la lésion initiale est, le plus souvent, une papule, quelquefois une petite bulle qui grossit rapidement ; la papule s'étend de même et présente bientôt, presque toujours dans sa partie centrale, un soulèvement bulleux qui se dessèche rapidement ; l'élément s'étend excentriquement et, à sa périphérie, se développe un cercle de vésicules isolées ou confluentes ; ce centre est bientôt lui-même entouré d'une seconde zone érythémateuse ; les choses peuvent en rester là ; mais plus souvent de nouvelles zones vésiculeuses et érythémateuses se développent successivement de manière à former plusieurs cercles concentriques et à prendre ainsi un aspect tout à fait comparable à celui d'une cocarde ; sur une plaque éruptive située derrière l'épaule gauche, on ne distingue pas moins de six cercles vésiculeux, concentriques, séparés par autant de cercles érythémateux. Sur un petit nombre de papules, le premier soulèvement vésiculeux se fait, non au centre, mais à la périphérie, sous forme d'une collerette ; les plaques isolées atteignent les dimensions d'une pièce de 1 franc ; on trouve tous les intermédiaires entre la bulle ou papule initiale et ces plaques en cocarde.

En plusieurs régions, les plaques deviennent confluentes et forment ainsi des placards plus ou moins étendus qui ont des caractères particuliers : érythémateux dans leur partie centrale où des plaques, formées de cercles concentriques de vésicules affaissées et en partie desséchées, représentent les éléments en évolution rétrograde, ils sont limités par un soulèvement bulleux régulièrement polycyclique mesurant de deux à quatre millimètres de diamètre ; c'est ainsi que toute la partie antérieure du thorax est occupée par un large plastron qui s'étend, en haut, d'une épaule à l'autre et atteint inférieurement le voisinage de l'appendice xiphoïde, présentant ainsi la forme d'un triangle ; tout son contour est nettement dessiné par le fin soulèvement vésiculo-bulleux dont nous avons parlé ; partout il est manifestement formé par l'union de cercles subintrants ; en certains points, ces cercles sont presque complets ; il ne leur manque qu'une petite partie de leur circonférence intermédiaire aux points où elle se continue avec les cercles voisins ; l'aire de ce triangle ne présente plus nulle part de soulèvement bulleux ; sa couleur reste érythémateuse ; elle est recouverte, par places, de croûtelles ou de squames. Les placards du dos sont moins étendus ; ils occupent les fosses sus-épineuses, les côtés du rachis et descendent jusque dans la région fessière ; partout on distingue dans leur aire des cercles concentriques de vésicules affaissées ; il n'y a pas d'engorgements ganglionnaires ; en avant, un placard a envahi la région sus-pubienne ; on voit aussi une plaque dans l'aisselle

gauche ; une autre s'est développée en haut du bras droit. Il n'y a pas de signes de lésions viscérales, les urines ne contiennent pas d'albumine. Le prurit est toujours intense et persistant.

Cette éruption d'herpès en cocarde est remarquable surtout par son siège, sa confluence et ses caractères.

Les extrémités des membres et particulièrement le dos des poignets et des cous-de-pied qui sont les lieux d'élection de ces herpès dans les cas où ils se rapprochent des érythèmes polymorphes, sont complètement indemnes chez ce malade.

L'intensité du prurit qu'accuse le malade est également digne d'attention.

Ces caractères séparent nettement cette éruption des herpès liés aux érythèmes polymorphes. Le début habituel des plaques éruptives par une papule pourrait conduire à les en rapprocher ; mais le siège n'est pas celui qu'occupent presque constamment ces érythèmes ; l'intensité du prurit est également en désaccord avec cette interprétation ; alors même que la maladie, suivant la marche habituelle des érythèmes polymorphes, évoluerait en quelques semaines, cette assimilation ne nous paraîtrait pas justifiée ; il y a des cas où l'herpès en cocarde peut être à juste titre rattaché à ces érythèmes ; c'est quand il coïncide avec une éruption papuleuse occupant aux extrémités les lieux d'élection ; la localisation presque exclusive de l'éruption au tronc, sa disposition en énormes placards et le prurit intense dont elle est le siège nous paraissent des caractères assez importants pour l'en différencier complètement chez notre malade.

S'agit-il d'une forme anormale de la maladie de Duhring ? on y a signalé des éléments éruptifs semblables et l'intensité du prurit est un des grands caractères assignés par M. Brocq à cette dermatose ; mais on peut objecter que, contrairement à ce qui est de règle en pareil cas, l'éruption n'est pas jusqu'ici polymorphe ; ce n'est pas là cependant une raison suffisante pour rejeter ce diagnostic ; il faut attendre pour se prononcer et suivre l'évolution de la maladie : si bientôt les poussées éruptives s'arrêtent et s'il ne se produit pas de récidives, l'hypothèse d'une maladie de Duhring deviendra bien difficile à soutenir ; si, au contraire, il se fait des poussées successives, si surtout la maladie prend ultérieurement d'autres formes éruptives, ce diagnostic se trouvera justifié ; la question reste à l'étude.

M. BROcq. — Je ne crois pas qu'il s'agisse dans ce cas d'un herpès iris de Bateman, et je pense qu'il faut encore attendre avant de se prononcer. Cependant, en raison des sensations de prurit très marqué, du polymorphisme de l'éruption, peut-être s'agit-il d'une dermatite herpétiforme au début, et d'un cas de *dermatite polymorphe prurigineuse aiguë* ; mais encore une fois il faut attendre l'évolution de l'éruption.

Quant à l'herpès iris de Bateman, qui correspond à l'hydroa vésiculeux de Bazin, je n'ai aucune tendance à le ranger dans la dermatite herpétiforme, c'est une affection tout à fait différente.

M. VIDAL. — La vésiculation est ici périphérique et non centrale comme dans l'herpès iris de Bateman (Hydroa simple de Bazin). Chez ce malade, on constate non seulement ces curieux éléments éruptifs à phlyctènes concentriques, en cocardes, mais aussi des bulles pemphigoides isolées et sur les avant-bras une éruption différente. Ce polymorphisme et le prurit intense qui l'accompagne, me feraient volontiers admettre le diagnostic de dermatose herpétiforme de Duhring.

M. ERNEST BESNIER. — S'il était encore besoin d'établir le vice radical de la classification dermatologique régnante, il suffirait assurément de constater la confusion terminologique qui s'établit entre médecins également compétents à l'égard de la plupart des affections cutanées. C'est une véritable anarchie.

Les significations diverses qui ont été données, *autrefois*, au mot *herpès* sont périmées, et, en bonne nomenclature médicale, il n'y a aujourd'hui d'autres affections qui comportent légitimement ce terme que celles qui appartiennent au type dont l'*herpès labialis* est l'expression la mieux connue. Continuer à appeler *herpès* une lésion cutanée parce qu'elle est vésiculeuse, et la qualifier d'*iris* parce quelle est disposée en cocarde, est certainement retarder sur son temps.

Dans le cas qui nous est soumis, il n'y a rien de l'*herpès vrai*, et rien non plus qui se rapporte à l'*herpès iris* de Bateman. Il est aisé d'y voir une affection prurigineuse, composée de cercles concentriques cohérents, occupant de grandes surfaces du tronc, absolument distincte par l'aspect, la localisation, l'âge du malade, la persistance sur place, etc., de toutes les formes, quelles qu'elles soient, de l'érythème multiforme, de l'hydroa de Bazin, et encore plus de l'herpès.

Il est impossible de ne pas proposer le diagnostic de maladie de Duhring et de Brocq ; les caractères de circination concentrique des éléments éruptifs n'excluent en aucune manière la dermatite herpétiforme, et tout récemment encore une des malades que j'ai observées en commun avec M. Brocq en a présenté un magnifique spécimen, longtemps reconnaissable après la guérison par la persistance de cercles pigmentés concentriques ayant succédé à la délitescence de l'éruption bulleuse.

Assurément le diagnostic serait plus ferme si l'éruption était plus ancienne, et surtout, si après avoir déjà existé antérieurement, elle avait *récidivé*. Mais nous n'en sommes pas réduits à cette extrémité que Unna a proposée, de n'admettre comme établi un cas de maladie de Duhring qu'après la première récurrence. Des faits observés avec la plus

grande attention nous ont permis d'affirmer le diagnostic de dermatite herpétiforme, longtemps avant la première récurrence.

M. HALLOPEAU. — Je n'ai pas admis dans ma communication qu'il s'agisse d'un herpès iris, variété d'érythème polymorphe ; j'ai même rejeté toute assimilation entre l'éruption de mon malade et cet érythème polymorphe ; et j'ai seulement considéré comme possible le diagnostic de dermatite herpétiforme.

SCLÉRODERMIE EN BANDES TRAITÉE PAR L'ÉLECTROLYSE

Par M. L. BROcq.

J'ai l'honneur de présenter à la Société un malade qui est atteint d'une plaque de sclérodémie circonscrite en bande de la face interne du bras droit. Son affection a débuté il y a environ 2 ans 1/2 dans le courant de l'été de 1888.

Le malade a été vu et observé pendant plusieurs mois par mon excellent et très honoré maître M. le Dr E. Besnier qui a essayé plusieurs moyens thérapeutiques sans le moindre résultat.

L'affection continuait à progresser d'une manière constante, et vers le mois de juin 1890 elle avait atteint d'assez grandes dimensions, s'étendant depuis le tiers supérieur du bras jusque vers le poignet. Elle formait une bande de largeur variable, de 3 à 6 centimètres dans le sens transversal, d'une épaisseur considérable que l'on percevait surtout lorsqu'on essayait de saisir les téguments entre les doigts. A la partie la plus inférieure, vers le poignet, il était absolument impossible de mobiliser la peau qui semblait faire corps avec l'aponévrose et les muscles sous-jacents. Le malade, qui est coupeur de son état, ne se servait plus de ses ciseaux qu'avec beaucoup de peine ; il accusait surtout une sensation marquée de lourdeur dans le bras.

C'est dans ces circonstances que M. le Dr E. Besnier, auquel j'avais parlé de mes essais de traitement des sclérodermies en plaques par l'électrolyse, me demanda de tenter cette méthode chez ce malade.

Depuis le mois de juin jusqu'à aujourd'hui j'ai fait à 8 jours d'intervalle, sauf une période de repos du 10 août au 15 septembre, quatorze séances d'électrolyse. Chaque séance comprenait de 12 à 16 piqûres avec l'aiguille électrolytique ; je laissais passer à chaque piqûre pendant 15 à 25 secondes un courant dont l'intensité variait de 5 à 10 milliampères.

En somme, j'ai employé le même mode opératoire que pour les kéloïdes et je renvoie pour ce point à mes publications antérieures.

J'ai fait la plus grande partie de mes piqûres sur la région inférieure de la plaque, celle qui était d'ailleurs de beaucoup la plus saillante et la plus indurée. C'est à peine si, de temps en temps, je faisais deux ou trois piqûres çà et là sur la partie moyenne.

La résistance au courant était bien moins forte sur cette partie moyenne qu'à la région inférieure, la sensibilité y était aussi beaucoup plus vive : ce qui se comprend facilement étant donné que les tissus y étaient moins épaissis et surtout beaucoup moins durs.

Dès les deux premières séances nous avons, le malade et moi, constaté de la manière la plus précise que la marche extensive de l'affection était arrêtée, et depuis lors elle n'a plus augmenté ; au contraire elle a montré une tendance marquée à la régression. Tel est le point le plus important à signaler.

D'après le malade, les mouvements du bras sont devenus beaucoup plus libres, l'exercice de sa profession lui est plus facile ; les ciseaux sont moins lourds dans sa main. Au point de vue objectif, la plaque est moins colorée, moins saillante, moins tendue, moins épaisse ; sans aller aussi loin que le malade qui prétend qu'elle a diminué de moitié, on peut dire que son étendue et son épaisseur sont notablement moindres qu'au début du traitement. Chose remarquable, bien que l'aiguille électrolytique n'ait jamais été directement appliquée sur la partie supérieure de la plaque, cette partie a subi tout comme les autres, peut-être même plus que les autres, le processus de régression. Ce fait semble prouver que l'action du courant électrolytique s'exerce dans ces cas à distance : il en est jusqu'à un certain point de même pour les kéloïdes.

Pendant l'interruption de traitement qui a eu lieu en août et septembre, l'affection n'a paru avoir aucune velléité de reprendre sa marche extensive. Ce fait très important vient confirmer ce que nous savons déjà de l'action de l'électrolyse sur les kéloïdes : l'effet du traitement ne s'épuise que fort lentement après qu'on en a cessé l'emploi. On pourrait en conclure qu'il n'est pas nécessaire de faire des séances trop rapprochées.

Ce fait n'est pas le seul que nous possédions. Nous avons déjà traité trois autres cas de sclérodermies en plaques par l'électrolyse. Le premier, il y a environ deux ans, chez M. le Dr E. Vidal ; c'était une sclérodermie du cou : nous n'avons pu suivre le malade. Le deuxième chez M. le Dr E. Besnier : c'était une femme dont le moulage est au Musée de l'hôpital Saint-Louis : elle était atteinte de plaques de morphée, nous ne pûmes lui faire que quatre séances d'électrolyse, car les moyens d'appliquer le traitement nous firent complètement défaut : cependant il avait paru se produire déjà un certain résultat. Le troisième enfin au pavillon Gabrielle de l'hôpital Saint-Louis, chez M. le Dr E. Vidal. Il s'agissait

dans ce cas des plus remarquables et dont je me propose de publier plus tard l'observation in intenso, d'une énorme bande de sclérodermie circonscrite zoniforme située au niveau de la hanche gauche et s'étendant depuis la région lombaire jusqu'à la ligne blanche. L'affection, qui avait débuté depuis 8 mois seulement, avait constamment augmenté jusqu'au jour où je commençai les séances d'électrolyse ; dès ce moment la marche extensive s'arrêta, et il se produisit ensuite une amélioration lente mais graduelle.

Ces faits nous semblent donc prouver que l'électrolyse peut exercer dans quelques cas une certaine action sur les plaques de sclérodermie et arrêter même parfois très rapidement leur marche extensive. On remarquera que, dans tout ce qui précède, nous n'avons pas prononcé une seule fois le mot de guérison.

M. ERNEST BESNIER. — Pour apprécier à sa valeur exacte, pratique, l'importance de la communication de M. Brocq, il faut bien se remettre en mémoire qu'il s'établit une grande différence, entre les diverses espèces de sclérodermie, au point de vue de la durée, de l'évolution spontanée, de l'action thérapeutique.

Les unes — nous parlons des *sclérodermies partielles*, localisées, — ont une évolution spontanée, favorable dans des délais relativement courts de une à deux années, et, à moins qu'elles n'aient leur siège autour d'un article, guérissent complètement sans laisser aucune trace. et sans produire aucun trouble fonctionnel. Les autres sont infiniment plus résistantes, plus tenaces, rebelles à toutes les médications, et quelquefois indéfiniment persistantes, telles que les sclérodermies en bandes, chéloïdiformes, etc.

Celle du malade que M. Brocq vient de nous montrer est du second groupe, intense, profonde, d'une durée illimitée et toujours très rebelle. C'est pour cela que je l'ai prié de m'assister dans ce traitement difficile, et de vouloir bien pratiquer, lui-même, l'électrolyse.

Le malade n'est pas guéri, non seulement parce qu'il reste encore une forte et longue bride sclérodermique, mais encore parce que la zone cyanotique périphérique, il y a longtemps si bien observée par M. Vidal dans sa valeur pathogénique, persiste sur plusieurs points. Mais l'amélioration est considérable et tout fait espérer qu'elle le deviendra davantage encore par la continuation du traitement.

LE TRAITEMENT DU LUPUS A BERLIN PAR LA MÉTHODE DE KOCH

Par M. GEORGES THIBIERGE.

Au moment de mon retour de Berlin, où je m'étais rendu spécialement dans le but d'étudier le traitement du lupus par les injections de lymphé de Koch, plusieurs membres de la Société de dermatologie m'ont fait l'honneur de me demander d'exposer, dans la séance d'aujourd'hui, les observations que j'avais pu faire sur ce sujet.

Mais, depuis ce moment, mes collègues des hôpitaux, MM. Ferrand et Cuffer, ayant manifesté l'intention d'entretenir la Société médicale des hôpitaux de cette importante question, j'ai cru devoir prendre la parole après eux dans la séance du 5 décembre et relater les résultats, quelque peu décourageants sous certains rapports, de l'enquête que j'avais faite à Berlin.

Il me semble donc inutile de revenir longuement sur un sujet que j'ai traité ailleurs et sur lequel je dois publier, dans le prochain fascicule des *Annales de Dermatologie*, un travail d'ensemble.

Néanmoins, pour prévenir quelques confusions et pour répondre à certaines objections qui m'ont été faites, je désire profiter du tour de parole qui m'a été accordé.

Lorsque Koch, dans son article de la *Deutsche medicinische Wochenschrift* du 14 novembre, rendit compte de ses recherches, il signalait les effets rapides de la lymphé dans les cas de lupus ; il citait des cas dans lesquels il avait, au moyen de trois à quatre injections de lymphé, produit la cicatrisation complète ; il parlait de l'amélioration rapide dans les cas légers et récents, de l'amélioration lentement progressive dans les cas graves ; mais, en réalité, ce que Koch annonçait était plutôt l'espoir de la guérison que cette guérison elle-même.

Les publications qui ont suivi cette communication capitale reflétaient un enthousiasme plus considérable et bientôt on en vint à parler de la guérison du lupus, comme si l'on pouvait, au bout de quelques semaines, affirmer qu'une méthode de traitement quelconque a guéri une maladie à évolution lente et à récives opiniâtres comme le lupus vulgaire. Un peu de réflexion suffirait à montrer que ces résultats, bien qu'un peu moins merveilleux, étaient aussi invraisemblables que cette guérison du lupus en trois heures, annoncée par je ne sais quel journal politique.

La plupart des médecins de Berlin n'ont d'ailleurs pas partagé cet enthousiasme exagéré : si, dans leurs premières conférences, le professeur von Bergmann et le Dr Köhler ont exprimé l'espoir que bientôt on arriverait à la guérison de la tuberculose, ils n'ont jamais dit qu'ils l'avaient obtenue : le 24 novembre, le Dr Köhler déclarait à la Société

d'hygiène publique que la lymphe de Koch avait une grande valeur diagnostique dans la tuberculose, mais qu'il fallait encore être très réservé dans l'affirmation de sa valeur thérapeutique et, dans une conférence que le professeur von Bergmann a eu la courtoisie de faire en français à la Clinique royale le 27 novembre, il exprimait le regret de ne pouvoir encore montrer un seul cas de guérison absolue.

Je tenais à rappeler ces assertions de ces deux savants chirurgiens pour montrer que les médecins français qui ont parlé *de visu* des effets du remède de Koch arrivent, somme toute, à des conclusions très analogues à celles formulées par les observateurs berlinois eux-mêmes.

Les injections de liquide de Koch produisent, à n'en pas douter, des résultats merveilleux de rapidité dans les cas de lupus anciens avec ulcérations étendues et rebelles : la réaction locale intense qui succède à l'injection amène l'élimination des nodosités lupiques les plus superficielles ; les tissus sains sous-jacents peuvent bourgeonner, la cicatrisation se fait et en quelques jours on voit succéder à une ulcération parfois profonde et fongueuse une cicatrice lisse, régulière, rosée, dans laquelle on ne trouve plus de bourgeons saillants et de nodosités exubérantes : le malade est ainsi transformé, dans un espace de temps très court, alors qu'aucune médication locale ou autre n'avait auparavant pu parvenir à modifier ses lésions. A un observateur non prévenu et quelque peu superficiel, cette cicatrisation complète et rapide, cette apparence lisse et régulière de la peau, cette absence de nodules saillants peut suffire pour caractériser la guérison. A un médecin plus expérimenté, la disparition des ulcérations et le nivellement de la peau ne permet pas une pareille conclusion. Et, en effet, on a dû reconnaître que des malades parvenus à cet état étaient parfaitement susceptibles de présenter la réaction locale, indice de la présence des bacilles vivants.

C'est qu'en effet, la réaction locale, salutaire au point de vue thérapeutique, permet l'élimination des produits tuberculeux lorsqu'ils se trouvent à la surface des ulcérations préexistantes ou lorsqu'ils peuvent, grâce à l'effort réactionnel et à l'intensité du processus inflammatoire, devenir l'origine d'une ulcération de nouvelle formation. Il semble qu'il y ait une sorte d'énucléation interstitielle de ces produits tuberculeux sous l'influence de l'inflammation de voisinage. Aussi sont-ce les nodules superficiels qui sont justiciables de ce traitement. Lorsque les nodosités lupiques sont plus profondes, ou lorsque par suite de l'accoutumance le processus réactionnel ne présente plus assez d'intensité pour amener l'effraction épidermique nécessaire à leur élimination, les nodosités persistent : les phénomènes de réaction deviennent moins prononcés à mesure que les injections ont été répétées plus souvent, il arrive un moment où il n'y a plus de réaction et où cependant les nodules lupiques existent encore.

J'ai résumé, dans la communication que j'ai faite à la Société médicale

des hôpitaux, les observations de deux malades chez lesquels j'avais constaté, après la cessation de toute réaction locale, la persistance de nodules dont les caractères cliniques, à défaut d'un examen histologique et du contrôle expérimental, ne semblaient pas pouvoir faire méconnaître la nature lupique. Je puis ajouter, grâce à des renseignements que mon maître, M. E. Besnier, a reçus de Berlin et qu'il a bien voulu me communiquer que l'un de ces malades (Klingb...) a reçu dernièrement une injection de 8 centigrammes sans présenter de réaction générale et sans que les nodules lupiques aient disparu complètement.

Ces nodosités, je les ai vues chez tous les malades que j'ai pu observer à Berlin; je les ai fait constater à quelques médecins avec lesquels je me trouvais: je puis ajouter que deux de nos confrères berlinois, dont je ne suis pas autorisé à vous révéler les noms, mais dont la haute compétence scientifique et clinique ne fait de doute pour personne, les ont constatées avec moi chez plusieurs malades.

Ce sont ces faits qui m'ont permis de conclure, comme notre savant et estimé collègue, le professeur Haslund (de Copenhague) (1) que, au moment où j'ai quitté Berlin, il n'y avait pas un seul cas de lupus dont la guérison fût avérée.

Je souhaite que des faits nouveaux et rigoureusement observés viennent donner un démenti à cette assertion, mais ceux que j'ai vus n'étaient pas susceptibles d'une autre interprétation.

La cicatrisation rapide des ulcérations, plus rapide qu'avec aucun autre traitement connu — cela ne peut faire de doute pour personne — n'est pas le seul fait heureux qui résulte de l'emploi de la méthode de Koch. J'ai vu à Berlin des malades qui, au début du traitement, avaient une tuméfaction énorme des parties atteintes, tuméfaction œdémateuse ou avec induration éléphantiasique des tissus malades, chez lesquels ces lésions avaient disparu: il ne restait plus qu'une cicatrice souple, parfois de consistance myxomateuse, comme on n'en aurait certainement pas obtenu aussi rapidement par les moyens ordinaires de traitement du lupus.

Ces résultats sont en somme importants au point de vue des effets que l'on peut obtenir par la méthode de Koch; j'ai tenu à les rappeler ici parce qu'on m'a présenté comme un adversaire de cette méthode: ce que j'ai cherché à montrer, dans la communication que j'ai faite à la Société médicale des hôpitaux, c'est qu'à l'heure actuelle on ne connaît aucun cas de guérison apparente du lupus par les injections de lymphé de Koch, et cela je le maintiens, mais j'ai admis comme démontrée son influence immédiate, — merveilleuse ai-je dit et je ne retire pas l'expression, — dans certains cas de lupus rebelle. Quant aux réserves que j'ai formulées sur la sécurité de la méthode dans certains cas, je les maintiens toutes: la prudence dans son emploi permettra seule d'éviter — et encore n'y par-

(1) *Semaine médicale*, 3 décembre 1890, p. 440.

viendra-t-elle pas toujours — le retour de certains accidents que je n'ai pas à rappeler ici.

La valeur diagnostique de la méthode de Koch paraît plus grande que sa valeur thérapeutique : j'ai vu l'injection de 2 milligrammes de lymphéveiller des lésions étendues dans une cicatrice ancienne de lupus du cou dont l'aspect lisse, régulier et uniformément blanc ne pouvait faire soupçonner qu'elle renfermât encore des éléments virulents. On peut donc dire que la lymphé est une pierre de touche sans pareille dans certains cas.

D'autre part, j'ai vu des syphilides, des lésions cancéreuses et autres ne présenter aucune modifications sous l'influence de l'injection de lymphé. J'ajouterai cependant qu'un lépreux typique que j'avais vu à la Société de médecine de Berlin a eu une réaction locale nettement caractérisée, mais ce fait et quelques autres analogues (réaction dans des cas de scarlatine, d'eczéma, etc.), ne peuvent être considérés que comme tout à fait exceptionnels et n'infirmant pas la loi générale d'après laquelle les lésions tuberculeuses réagissent seuls sous l'influence du liquide de Koch.

L'exposé que je viens de faire ne peut avoir d'autre prétention que de rapporter quelques-uns des faits intéressants dont j'ai été témoin à Berlin et qui, en raison de la date plus tardive du début des expériences à Paris, n'ont pu encore y être observés.

Bien d'autres données, autrement importantes, autrement probantes, en raison de l'étendue des expériences, ressortiront certainement des études entreprises actuellement par nos maîtres de l'Hôpital Saint-Louis avec un soin que je n'ai rencontré nulle part à Berlin ; c'est à leurs travaux que nous devons certainement la plus riche collection de documents sur cette méthode qui entre maintenant à peine dans la période vraiment fertile d'études et de recueillement, après avoir passé par une période d'agitation dont des raisons extra-scientifiques ont hâté l'éclosion, exagéré l'intensité et prolongé la durée.

M. VIDAL. — Nous avons mis à l'ordre du jour de cette séance la présentation de malades traités par les inoculations de lymphé de Koch. Ces résultats, après douze jours de traitement, ne sont pas encore assez manifestes pour qu'il y ait intérêt à faire venir ces malades et à vous les montrer dès aujourd'hui. Nous attendrons la séance prochaine pour faire cette présentation. Vous pouvez du reste, voir dans les salles Alibert et Devergie, où ils ont été réunis, sous une surveillance médicale de tous les instants, tous les cas de lupus et d'autres formes de tuberculose cutanée qui ont été inoculés par la *Commission des médecins de l'hôpital Saint-Louis*.

Le nouveau traitement est institué et suivi avec toute la prudence et les précautions qu'exige un agent d'une violence parfois excessive et qui

est loin d'être aussi régulière en ses effets que l'ont affirmé les premiers observateurs.

Nous n'en publierons les résultats que lorsque nous pourrons, avec toute la rigueur scientifique indispensable en une étude aussi difficile, formuler des conclusions.

NOTE SUR DEUX VARIÉTÉS DISTINCTES DE FOLLICULITES
GÉNÉRALISÉES (ACNITIS ET FOLLICULIS)

Par M. BARTHÉLEMY.

Je désire soumettre à la Société le résumé d'une étude clinique de dermatologie qui paraîtra *in extenso* dans les Annales. La Société présente un avantage extrême c'est la possibilité de discussion, et pour moi il sera particulièrement précieux d'entendre l'avis des hommes compétents ici réunis.

Le groupe des folliculites est actuellement très vaste mais aussi très vague. Chacun s'accorde à peu près sur la question des dermatoses qu'il convient de lui attribuer, mais je crois que chacun s'accordera aussi sur ce fait que ce groupe renferme nombre d'affections dissemblables et de nature et de symptômes, voire même un certain nombre de dermatoses qu'on ne saurait où caser ailleurs. Peut-être y a-t-il lieu de tenter au moins d'y déterminer quelques chapitres.

La voie du reste, est déjà toute tracée puisqu'on a catégorisé les folliculites simples, celles qui sont généralisées, et celles au contraire qui se localisent soit à l'aisselle (abcès tubéreux) soit aux grandes lèvres et au pubis (folliculites vénériennes), soit autour de l'anus (folliculites suppurées à répétition), soit enfin ces folliculites en placards étudiées par Fournier, par Duclaux, par Leloir, etc...

Moi-même j'ai publié, en 1881, dans les *Annales de Dermatologie*, un fait de folliculite généralisée soit disséminée, soit réunie en placards. Un dernier cas s'est offert à mon observation en 1882, lorsque j'avais l'honneur d'être chef de clinique dans le service de M. Fournier, mais pour diverses raisons l'examen histologique n'a pu être fait et, avant de rien publier, j'ai préféré attendre de nouveaux cas. C'est seulement en 1890 que les hasards de la clinique m'ont favorisé. Notre maître M. Besnier a bien voulu mettre à ma disposition deux cas de son service, dont les observations m'ont été remises par M. de St-Germain et dont l'histologie a été faite pour l'un par M. Darier, pour l'autre par M. Jacquet. Qu'il me soit permis d'adresser ici des remerciements à M. Besnier pour sa

libéralité et de me réjouir de la collaboration de mes collègues et amis. Je veux remercier aussi mes autres amis les auteurs des moulages et des dessins que j'ai l'honneur de faire passer sous vos yeux, MM. H. Cain, Linden, Méheux et Baretta.

Des documents dont je viens de parler il me semble permis de conclure à l'existence dans le groupe des folliculites généralisées de deux variétés auxquelles je proposerais de donner, en attendant mieux, et simplement pour la facilité de l'exposition, les dénominations d'*acnitis* et de *folliclitis*.

1^{re} Variété. — D'après les observations de 1882 (service de Fournier), et de 1890 (service de Besnier). Sur la cause de l'*acnitis*, comme sur celle de tant d'autres dermatoses, je suis encore réduit aux hypothèses : rien dans la profession, dans l'hygiène, dans la santé antérieure des malades ne met sur la voie de l'étiologie :

Dans les deux cas, la maladie a débuté assez brusquement, au cours d'une bonne santé, sans démangeaisons, sans fièvre, sans symptômes général, ni local précurseurs, par l'apparition à la face (tempes, front, frontière du cuir chevelu) d'un certain nombre (5 à 12) de petites saillies sous-cutanées. Chaque élément consiste en une petite nodosité du volume d'un grain de millet, très dure, plutôt ovalaire qu'arrondie, paraissant sous-cutanée, bridée au front entre la peau tendue sur elle et l'os.

Le malade ne ressent aucune douleur ; ce n'est seulement que par la saillie et par la dureté de la nodosité qu'il s'aperçoit de son affection : aussi n'est-ce qu'à cause du nombre et de la répétition des poussées éruptives qu'au bout de plusieurs mois il se décide à venir consulter. Peu à peu la saillie se développe, le grain de millet devient lentille, puis petit pois, mais ne dépasse guère ce volume quand la lésion est isolée. Au bout de 8 jours au moins la saillie sous-cutanée est complètement développée ; il n'y a absolument encore aucune lésion cutanée proprement dite. Vers la fin de la maladie les lésions se développent plus difficilement, semblent végéter ; en tout cas, sont moins volumineuses ; quelques-unes alors sont exclusivement dermiques.

Si après les 8 ou 10 premiers jours, on vient à inciser la folliculite, une gouttelette de pus se montre dans presque tous les cas ; le pus est pur, crémeux. A ce moment la nodosité est encore très dure. Si, au lieu d'être incisée, la folliculite est abandonnée à son évolution propre, peu à peu elle se ramollit ; c'est alors, mais alors seulement, que semble se prendre le derme et qu'on le voit rougir. Bientôt, du centre s'écoule une gouttelette de pus, et au bout de 2 à 4 jours, de sérosité sanguinolente. Puis une croûte se forme, rougeâtre, puis noirâtre, sèche ou du moins assez résistante. C'est à ce moment ou bien un peu avant et un peu après l'ouverture que l'aspect de la face est bien véritablement acnéiforme ou acnoïde et qu'on s'explique le diagnostic d'acné nodulaire profonde.

Quelques jours après, la croûte tombe, il reste une cicatrice parfois

déprimée au centre, toujours fortement pigmentée ; aux petits éléments, à ceux qui n'intéressent que le derme ou qui se terminent par résolution, succède une simple macule brunâtre longtemps persistante, quoique sans cicatrice.

En moyenne, la *durée* de chaque élément est d'environ un mois, à savoir : 10 à 12 jours pendant lesquels évolue la nodosité, 3 ou 4 jours de suppuration proprement dite, puis une dizaine de jours pour que la croûte se sèche et tombe.

Quelques éléments relativement rares sont plus petits, comme avortés ; siégeant dans des points où la peau est fine, comme les paupières, ils évoluent vite, en 8 ou 10 jours ; un plus grand nombre sont plus volumineux et évoluent plus lentement. C'est ainsi qu'au front et au cuir chevelu se montrent des nodosités qui gardent l'aspect, dans le premier siège, d'*acné*, dans le second, de *kérion*, pendant plus de 2 mois.

Après la tête et la face, région favorite, sont envahis le cou, le tronc, les lombes, les aisselles, les bras, les mains et les pieds.

Trois mois après son début, l'éruption est à son apogée ; on peut compter alors rien qu'à la face de 120 à 180 éléments ; le reste du corps, dans sa totalité, en contient un nombre à peu près égal.

C'est sur le tronc ou aux aisselles qu'on se rend bien compte du siège primitivement sous-cutané des lésions. Elles s'y développent dans l'hypoderme sous forme de petits grains durs roulant sous le doigt comme de petits grains de plomb, et ne s'accusant à l'extérieur par aucun signe.

D'ailleurs, tous ces éléments apparaissent par poussées successives : 12 ou 15 à la fois pendant les mois d'activité morbide ; plus tard, 3 ou 4 seulement. Ces poussées ont lieu au début, tous les 2 ou 4 jours, plus tard de 8 en 15 jours ; mais de telle façon que, depuis 6 mois que l'affection durait lors du 1^{er} examen du 2^e sujet par exemple, le malade n'était jamais resté *un jour* sans présenter à la fois, et d'anciens éléments terminant leur évolution et de nouveaux la commençant.

La maladie est de longue durée : de 10 à 12 mois ; dès le 3^e ou le 4^e, le malade est assez fortement anémié ; la maladie a guéri dans tous les cas, mais seulement quand les toniques eurent triomphé de cet état général devenu mauvais. Les mercuriaux et les antiseptiques ont semblé inactifs contre l'état local.

Telle est la description que, d'après les quelques cas observés, on peut faire de cette maladie. C'est celle pour laquelle M. Darier a bien voulu faire des recherches histologiques et bactériologiques. En voici d'ailleurs le moulage de Baretta (Musée de l'hôpital Saint-Louis. *Collect. génér.*, n° 1543), la photographie de Méheux et un remarquable dessin de H. Cain.

C'est pour cette affection que je propose la dénomination d'*acnitis* ; si dès 1882, le cas m'en a paru particulièrement intéressant, vous ne serez pas surpris puisque j'avais pour guide dans cette étude clinique mes chers maîtres MM. Fournier et Besnier.

Diagnostic différentiel. — Cette variété de folliculite généralisée ne peut vraiment se confondre avec aucune autre espèce de dermatose.

L'acné seule dans sa forme indurée profonde, tuberculeuse, nodulaire, pourrait prêter à quelque erreur de diagnostic suivant l'époque de l'examen du malade. Mais on tiendra compte de l'évolution systématique fort nettement et assez longuement sous-cutanée. On remarquera que la lésion n'arrive que secondairement à la peau, qu'elle n'existe pas primitivement à l'état de papules, puis de pustules et enfin de nodosités indurées et que, au contraire de l'acné, la folliculite, dure au début, s'amollit à la fin sans jamais être douloureuse. Le siège de la folliculite sur le cuir chevelu, sur le tronc, aux pieds et aux mains, diffère aussi sensiblement de celui qu'affectonne l'acné.

C'en est donc pas tant avec l'acné qu'il importe le plus d'établir le diagnostic différentiel de l'acnitis, mais bien avec d'autres variétés de folliculites, généralisées il est vrai, mais disposées non pas comme l'acnitis, partout et comme au hasard, mais sur certains sièges particulièrement affectés tels que les avant-bras (rebord cubital et coude), les genoux, les seins, les fesses, etc... C'est du moins ce que tendent à prouver deux observations dont l'une a été recueillie par moi, en 1882, à la consultation de l'hôpital St-Louis, et dont l'autre, prise dans le service de Besnier, m'a été remise, avec l'autorisation gracieuse de ce maître, par son interne M. de St-Germain. C'est ce cas dont le moulage porte au musée le n°1508 et dont voici la reproduction, due pour le dessin à Adrien Linden et pour la photographie à M. Méheux.

2^e variété. Folliclis. — Cette affection est essentiellement chronique; c'est par années, non par mois, qu'il faut compter sa durée; elle peut recidiver contrairement à la précédente et recidive *in situ*. Elle est franchement dermique et consiste en éléments aplatis, papuleux au début puis pustuleux et pour la plupart ombiliqués. Après s'être recouverts d'une croûte, ils se terminent toujours par une cicatrice fortement pigmentée en brun ou en noir; elle n'est pas acnoïde d'aspect comme la précédente, mais plutôt syphiloïde, comme l'a fait remarquer Fournier. Jamais elle ne s'énuclée, jamais elle ne suppure franchement, c'est-à-dire dans sa totalité; de plus, elle a des sièges où les éléments se groupent sans être confluents, tuméfiés et macaroniques comme dans le cas de Leloir, ne se montrant jamais disséminés au hasard; alors que l'acnitis se montre à la tête plus abondamment qu'ailleurs, celle-ci l'a épargnée presque complètement, dans un cas les oreilles exceptées.

Enfin cette affection semble bien prendre naissance, exactement et exclusivement, dans les follicules, soit pilo-sébacés soit sudoripares, mais alors dans la portion intra-dermique de ces derniers. C'est à cause de cette prédilection pour les follicules, de cette *folliphilie* si je puis m'exprimer ainsi, que je proposerai, en attendant mieux, de désigner cette affection sous le nom de *folliclis*.

C'est de cette seconde variété de folliculite que M. Jacquet a bien voulu faire l'examen histologique.

On remarquera que cet examen diffère assez notablement des résultats de M. Darier. La lecture des observations, jointe aux autres considérations que je viens d'exposer, autorisera, je pense, à conclure que non-seulement les folliculites généralisées sont bien des entités morbides différentes des autres dermatoses mais encore qu'il y a lieu d'en distinguer au moins deux variétés : l'*acnitis* et la *folliculitis*.

J'ai tenu d'ailleurs à attirer l'attention ici surtout sur la première de ces variétés qui, dans plusieurs cas recueillis dans des conditions différentes et à un certain nombre d'années d'intervalle, s'est montrée, quant à sa symptomatologie, son évolution et sa durée, vraiment identique à elle-même.

CAS DE CHANCRE INDURÉ, NON SUIVI D'ACCIDENTS SECONDAIRES

Par M. EDVARD EHLERS (de Copenhague).

J'ai l'honneur de vous présenter une observation prise dans le service de M. le prof. Haslund, et que j'ai conservée longtemps afin de suivre le malade.

Le nommé H. C. Løs..., âgé de 23 ans, tisseur, entre à l'hôpital le 12 novembre 1887 avec un phimosis, compliqué de balanoposthite et d'une ulcération du prépuce.

Pendant son séjour à l'hôpital, l'ulcération s'indura nettement sous nos yeux avec une adénopathie inguinale du côté gauche.

On ne s'était pas servi de caustiques, et toute cause d'induration factice doit être laissée hors de considération. Le malade resta seulement 24 jours à l'hôpital et le quitta pour des raisons économiques.

Plus tard le malade s'est présenté deux fois par semaine pendant près de 2 mois pour se faire observer ; il n'a jamais offert le moindre symptôme de syphilis secondaire.

Plus tard il s'est soumis à l'examen de deux médecins, en février 1888 et le 5 juin 1888 ; il entra de nouveau dans notre service le 29 mai 1889, où il resta 20 jours pour une gonorrhée chronique, compliquée d'une orchite droite, d'une funiculite et d'une hydrocèle aiguë.

Cette fois, pas plus que la première, on ne remarqua d'autres symptômes de la syphilis, qu'une cicatrice infiltrée du prépuce et une adénopathie inguinale double.

On n'hésita pas un seul instant à faire le diagnostic de chancre

infectant; du reste l'infiltration persistante était en sa faveur. Mais on peut se demander, s'il est certain que ce malade ait pu éviter sa syphilis constitutionnelle.

La syphilis peut se manifester sous des formes si légères, qu'on se trouve hors d'état de diagnostiquer les symptômes secondaires.

Ces cas sont bien rares et s'imposent comme des chancres indurés non suivis d'accidents secondaires.

On les voit surtout après des excisions. M. Jullien est un des premiers qui aient appelé l'attention sur de tels cas, dans lesquels les accidents secondaires étaient presque nuls ou, comme il les appelle, exclusivement ganglionnaires.

M. Ungerer a publié un cas très intéressant, où le malade resta indemne d'accidents secondaires, tandis que les fausses couches réitérées de sa femme prouvaient que la syphilis du mari n'était nullement éteinte.

Je viens de publier au Congrès de Berlin, parmi 37 cas d'excisions du chancre, 9 cas où les symptômes secondaires faisaient défaut malgré une observation de près de 3 ans, et 2 cas dans lesquels les symptômes secondaires étaient exclusivement ganglionnaires.

C'est ma conviction, qu'il s'agit alors d'une diminution du nombre des bacilles, qui attaquent l'économie; nous savons depuis les expériences de Chauveau, Bouchard et d'autres, que le nombre des bacilles inoculés est en rapport avec l'intensité des symptômes initiaux de la maladie.

Une de mes observations est très intéressante, parce que le malade resta pendant un an sans symptômes secondaires et sans traitement; un an après l'infection, nous voyions chez lui des papules syphilitiques sur le tronc et une paralysie subitement développée, due à une myélite aux suites de laquelle il succomba.

Donc, les cas de chancre induré, non suivis d'accidents secondaires, ne prouvent pas toujours que le malade a pu éviter la syphilis.

M. MAURIAC. J'ai observé aussi plusieurs cas analogues que j'ai rapportés d'ailleurs dans mon livre sur la syphilis tertiaire. Je sais bien qu'il y a des cas où les accidents secondaires sont si légers qu'ils passent inaperçus, mais je suis convaincu qu'il y a des accidents présentant tous les caractères d'un accident syphilitique initial et qui ne sont pas suivis d'accidents.

M. BARTHÉLEMY. Cette question a été déjà agitée l'année dernière au Congrès de Dermatologie, à propos d'un cas rapporté par M. Dubois Havenith : M. Aubert et moi, avons alors rapporté des cas de chancres typiques non suivis d'accidents syphilitiques.

Il semble donc bien qu'il y ait des syphilis avortées.

M. ERNEST BESNIER. — On ne remarque pas assez, à mon sens, toute l'importance qui s'attache aux faits dans lesquels certains sujets, certainement inoculés de la syphilis, ne deviennent pas syphilitiques, sont réfractaires, et aux faits communs dans lesquels, après une sclérose initiale incontestable, d'autres sujets, en beaucoup plus grand nombre qu'on ne semble le dire ou le croire, qu'ils aient été traités, ou non, n'ont rien, ou presque rien, ni immédiatement, ni plus tard, ni eux, ni leur descendants.

Si l'on veut bien, d'autre part, considérer l'extraordinaire immunité pour la syphilis de la série animale toute entière, on ne peut se soustraire à cette idée que ces individus, comme les animaux, ont dans leur condition physique, dans une condition élémentaire de leurs solides ou de leurs liquides, *quelque chose* qui s'oppose à la germination de l'élément syphilitique.

Or, c'est là ce qu'il faut chercher par tous les moyens nouveaux de l'analyse bactériologique, ou bactériochimique expérimentale; et c'est dans cette voie que l'on peut chercher avec espoir la lymphé antisiphilitique de l'avenir.

ERYTHÈME SCARLATINIFORME GÉNÉRALISÉ CONSÉCUTIF A L'ADMINISTRATION DE PILULES AUX EXTRAITS DE BELLADONE ET D'OPIMUM

Par M. FALLEN.

Tous les phénomènes que le hasard m'a fourni l'occasion d'observer chez un de mes malades ont été déjà signalés par les auteurs comme effets toxiques de la belladone et de l'opium, mais l'intensité avec laquelle ils se sont produits sous mes yeux a été telle qu'il ne m'a pas paru sans intérêt de recueillir ce fait avec quelques détails.

Ch..., a 52 ans; il a des habitudes alcooliques; ordinairement il dort mal; il a des cauchemars; il a une trémulation des lèvres très marquée, du tremblement des mains, et des troubles de la sensibilité cutanée aux membres inférieurs.

Le 1^{er} février 1890, cet homme vient me voir au cabinet; il tousse, dit-il, depuis qu'il a eu l'influenza; l'auscultation fait à peine entendre quelques râles sibilants répandus çà et là dans la poitrine: je lui prescris des pastilles de kermès et, matin et soir, une pilule ainsi composée:

Extrait thébaïque.....	0,05 centigr.
Extrait de belladone.....	0,01 centigr.
Conserve de roses.....	Q. S.

Le malade suit mon conseil, et le soir même prend, en se couchant, vers 8 h. 1/2, une de ces pilules.

Au milieu de la nuit, à 2 heures du matin, il est éveillé par de vives démangeaisons et une sensation de chaleur qu'il éprouve sur tout son corps. Ces phénomènes se calment un peu vers le point du jour, et à 6 heures le malade prend une seconde pilule.

Deux heures plus tard, les mêmes sensations pénibles reparaissent, et le malade retourne chez moi.

Il ne tousse plus du tout ; mais sa peau est chaude ; elle est rouge sur toute sa surface, d'un rouge scarlatineux ; la température axillaire est de 38°,4.

Je conseille au malade de se mettre au lit, et lui supprime les pilules que je suis tenté d'accuser du méfait, et plus particulièrement la belladone.

La dose à laquelle j'avais administré le médicament ne me paraissait pas énorme cependant, mais j'avais affaire à un alcoolique dont le système nerveux était ébranlé d'une part, et d'autre part nous étions à une époque où l'épidémie régnante avait déjà produit des éruptions cutanées. J'observais sans trop me prononcer sur la cause des phénomènes dont j'étais le témoin.

Le 3 février, et les jours suivants, je vois le malade chez lui. La fièvre n'a pas duré ; les démangeaisons et la sensation de chaleur sont surtout vives la nuit ; le malade ne trouve pas de position dans son lit ; il se gratterait sans cesse.

L'érythème scarlatineux est généralisé sur toute la surface du corps ; mais en outre, le malade a la face considérablement oedématiée, une véritable tête d'érysipélateux : les pavillons des oreilles mesurent deux centimètres d'épaisseur, et laissent suinter un liquide citrin qui inonde l'oreiller, chaque oreille fournissant de quoi mouiller cinq ou six mouchoirs par jour.

Les paupières boursoufflées laissent couler un liquide de même couleur, moins abondant, plus épais et qui se prend bientôt en croûtes mélécériques.

Des croûtes semblables se forment sur les ailes du nez, aux lèvres, au menton, le visage de cet homme est horrible à voir.

Les mêmes croûtes se voient encore autour de l'ombilic, aux poignets, aux coudes, aux genoux, aux coudes-de-pied, sur le scrotum, dans les cheveux, mais moins épaisses.

La plante des pieds et la paume des mains sont rouges comme toute la surface du corps ; les jambes sont un peu oedématiées ; les urines rares, sont troubles, mais non albumineuses, ni sucrées. La langue est chargée.

Je donne au malade du sulfate de quinine, du chloral, mais à très faibles doses, connaissant sa sensibilité aux médicaments : en effet, une

cuillerée d'huile de ricin provoque jusqu'à dix selles, le second jour de sa maladie.

Je prescris en même temps des bains tièdes, de la poudre d'amidon à l'extérieur, et le régime lacté.

Le 6 février, les démangeaisons ont considérablement diminué, les suintements ont cessé. Dès lors, les croûtes commencent à se détacher; la peau desquame sur toute sa surface par larges plaques, épaisses surtout aux mains et aux pieds; le lit est plein de squames que l'on peut ramasser à mains pleines.

Les ongles et les cheveux seuls ne changent pas.

L'appétit est revenu.

A ce moment, je pouvais me demander encore quelle pouvait bien être la cause de l'éruption que je venais d'observer: mais, absolument comme si j'avais expérimenté dans un laboratoire et sans intention, je fis une contre-épreuve.

Le 15 février, le malade est presque guéri, mais il veut quelque chose pour calmer la toux qui est revenue; l'amélioration est négative.

Me méfiant de la belladone, comme aussi des doses un peu élevées, je lui prescris des pilules contenant seulement 0,03 centigr. d'extrait thébaïque.

C'était encore trop: le malade prend une de ces pilules le soir en se couchant: vers le milieu de la nuit, à la même heure, il est éveillé par les mêmes sensations de chaleur à la peau et de démangeaisons.

Le lendemain, je le revois et puis constater que l'érythème a reparu; de nouveau la face, les paupières, les oreilles sont cedématisées, et le suintement recommence; il n'y a pas de fièvre, et tous ces phénomènes sont moins intenses que la première fois.

Le malade n'a pris qu'une SEULE pilule contenant 0,03 centigrammes d'extrait aqueux d'opium.

La desquamation recommence bientôt, mais moins abondante; et, la semaine suivante, Ch... guéri peut reprendre son travail de mineur dans une carrière de pierres, mais on devine avec quelles précautions, l'épiderme des mains ayant été renouvelé pendant la maladie.

Ce qui m'a paru le plus intéressant dans ce fait, c'est l'intensité des phénomènes par rapport à la dose de médicament absorbée; mais il faut reconnaître que je me trouvais en face d'un homme prédisposé, car Ch... me raconte que 5 ou 6 ans auparavant il a éprouvé aussi de terribles démangeaisons pendant trois jours après avoir fait un treillage avec des roseaux secs et poussiéreux, et que, cette fois comme en février, sa peau était devenue rouge sur toute sa surface.

Ce qui me fait bien supposer que l'opium a été ici le véritable agent provocateur de l'éruption, c'est que celle-ci s'est montrée deux fois à quinze jours d'intervalle, et chaque fois le même espace de temps après l'absorption d'une seule pilule. La belladone que j'accusais seule au début

avait peut-être aussi aidé à cette sorte d'intoxication. Je n'ai pas les éléments pour trancher la question.

ÉLECTIONS

Ont été nommés, au cours de cette séance, membres titulaires
MM. L. WICKHAM (Paris); GAUDICHIER (Paris); KALINDERÖ (Bucharest).

TABLE DES MATIÈRES

Acide urique. — Les éruptions à la suite de l'administration de l'acide urique, par QUINQUAUD.....	45
Asphyxie locale des extrémités. — Sur une asphyxie locale des extrémités avec polydactylite suppurative chronique et poussées éphémères de dermatite pustuleuse disséminée et symétrique, par H. HALLOPEAU.....	39
Blennorrhagie. — Sur un cas grave d'arthropathie blennorrhagique, par Ch. MAURIAC.....	83
— Des raisons qui semblent militer en faveur de la non spécificité du gonocoque, ou mieux de sa préexistence dans le canal de l'urèthre sain, chez l'homme, par J. ERAUD.....	88
— Rapport sur le mémoire précédent, par VERCHÈRE.....	91
Cheveux moniliformes. — Sur une aplasie moniliforme des cheveux, par HALLOPEAU et L'ÉVÈRE.....	78 et 111
Dermatite. — Dermatite exfoliatrice généralisée primitive, par GÉMY.....	191
Dermatite herpétiforme. — Variété fruste de dermatite herpétiforme (éruption urticarienne d'aspect, à extension centrifuge avec pigmentations consécutives évoluant par poussées successives), par BROCC.....	148
— Présentation d'une maladie atteinte de dermatite herpétiforme, par MOREL-LAVALLÉE.....	157
— Voir aussi <i>Herpès en cocarde</i> .	
Dermatoses. — Nouvelles remarques sur les dermatoses vaso-motrices, par JACQUET.....	176
— Sur une dermatose bulleuse congénitale avec cicatrices indélébiles, kystes épidermiques et manifestations buccales, par H. HALLOPEAU.....	3
Dermites. — De la pathogénie de quelques dermites artificielles, par JACQUET.....	183
Ecthyma. — Ecthyma infantile chancriforme, par A. FOURNIER.....	48
Épithélioma. — Du traitement des épithéliomas de la face, d'origine sébacée, par les applications locales d'acide acétique, par X. ARNOZAN.....	96
Érythème. — Érythème scarlatiniforme généralisé consécutif à l'administration de pilules aux extraits de belladone et d'opium, par FALLEN.....	267
Érythrodermie. — Sur une érythrodermie chronique à poussées aiguës, début probable d'un mycosis fongique, par H. HALLOPEAU.....	220
— Examen histologique, par J. DARIER.....	226
Folliculites. — Note sur deux variétés distinctes de folliculites généralisées (acutis et folliclis), par BARTHÉLEMY.....	261
Grippe. — Des éruptions cutanées symptomatiques, ou rash de la grippe épidémique, par BARTHÉLEMY.....	72
Herpès en cocarde. — Sur un herpès en cocarde confluent du tronc, par HALLOPEAU.....	250

Hydradénome. — Sur un hydradénome compliqué d'épithélioma vulgaire, par HALLOPEAU.....	211
— Examen histologique, par DARIER.....	214
Hydroa. — Hydroa buccal pseudo-syphilitique, par G. BAUDOUIN.....	140
Impétigo. — Traitement d'un impétigo rebelle du bord libre des lèvres par les scarifications, par H. HALLOPEAU.....	166
Iodoforme. — De la réaction de la salive sur le calomel comme moyen de diagnostic de l'intoxication par l'iodoforme, par BURLUKEUX.....	31
Kystes. — Kystes congénitaux du scrotum (présentation de malade), par HEUYER.....	143
— Examen histologique, par J. DARIER.....	146
Lèpre. — Les troubles de la sensibilité chez les lépreux ; leur étude à l'aide d'un esthésiomètre dynamométrique, par QUINQUAUD.....	118
— Les premières manifestations de la lèpre, taches et macules, renferment des bacilles, par QUINQUAUD.....	131
Lichen. — Sur deux cas de lichen ruber plan (licheu de Wilson) à modalités éruptives cutanées différentes, mais présentant tous deux des lésions identiques de la muqueuse buccale, par H. FEULARD.....	14
— Sur un lichen en nappe, par HALLOPEAU.....	36
— Lichen plan chez des hystériques ; lichen des régions palmaires et plantaires ; lichen des ongles et de la lèvre inférieure, par H. FEULARD.....	204
Lupus. — Le traitement du lupus à Berlin par la méthode de Koch, par G. THIERGE.....	257
Lymphangiectasie. — Présentation d'un malade atteint de lymphangiectasies suppuratives de nature indéterminée, par HALLOPEAU et GOUPILO.....	173, 205
Mycosis fongoïde. — Voir : <i>Erythrodermie</i> .	
Myxœdème. — Sur un myxœdème congénital chez un sujet féminin âgé de 19 ans et demi, par H. FEULARD.....	232
Nœvus. — Cas de nerwi vasculaires verruqueux de la face, affection confondue avec les adénomes sébacés, par J. DARIER.....	217
Orchite. — Les nouveaux traitements de l'orchite, par DU CASTEL.....	113
Phagédénisme. — Voir <i>Syphilis</i> .	
Pigmentations. — Pigmentations du tronc consécutives à l'urticaire chronique provoquée par la pression du corset chez une jeune fille névropathe, par H. FEULARD.....	210
Sclérodermie. — Sclérodermie en bandes traitée par l'électrolyse, par L. BROCC.....	254
Syphilis. — Syphilis communiquée par un mari à sa femme quatre ans et neuf mois après le début de l'accident primitif, par CH. MAURIAO.....	180
— Chancre syphilitique ayant évolué en moins de vingt jours, sans avoir, jusqu'à parfaite cicatrisation, présenté d'induration de base ni donné lieu à la moindre adénopathie, par MOREL-LAVALLÉE.....	28
— Chancres syphilitiques atypiques, par DU CASTEL.....	51
— Trois cas de chancres mammaires, par DE BEURMANN.....	57
— Chancre syphilitique herpétiforme de la lèvre inférieure sans induration ; erreur de diagnostic, par GÉMY.....	194
— Contribution à l'étude des pseudo-chancres indurés, par DU CASTEL.....	196
— Cas de chancre induré, non suivi d'accidents secondaires, par E. EHLEERS.....	265
— Syphilide simulant le lupus érythémateux ; erreur diagnostique redressée par le traitement, par Alfred FOURNIER.....	24
— Observation d'un cas de syphilides papulo-squameuses en corymbes, par POBTALIER.....	132
— Sur une forme végétante de syphilome lingual et son diagnostic avec l'épithélioma, par H. HALLOPEAU.....	159 et 249
— Syphilome anal en voie d'évolution ; impuissance du traitement spécifique, par F. VERCHÈRE.....	239

- Note sur un cas d'hémiplégie droite et d'hémiatrophie de la langue d'origine syphilitique, par Ch. MAURIAC.....	10
- Sur un cas de myélite syphilitique lombaire aiguë, par Alex. RENAULT.....	185
- Ataxie locomotrice d'origine syphilitique guérie par le traitement spécifique, par GAUCHER.....	202
- Syphilis ; accidents cérébro-spinaux de forme tabétique (tabes aigu) ; traitement spécifique ; guérison, par G. DIEULAFOY et A. FOURNIER.....	237
- Myélopathie syphilitique avec paraplégie complète guérie par le traitement spécifique, par Ch. MAURIAC.....	240
- Réflexions sur le phagédénisme syphilitique et le phagédénisme septique, par L. JULLIEN.....	108
- Résultats de 28 autopsies de mort-nés syphilitiques, par BARTHÉLEMY.....	174
- Traitement de la syphilis par le sparadrap au calomel, par QUINQUAUD.....	63
- Passage du mercure de la mère au fœtus dans le traitement antisypilitique fait pendant la grossesse, par CATHELINÉAU.....	167
- Voir aussi <i>Ecthyma</i> , <i>Hydroa</i> et <i>Vaccine</i> .	
Tuberculose cutanée. — Deux cas de tuberculose cutanée chez des enfants, par SEVESTRE.....	33
- Voir aussi <i>Lupus</i> , <i>Lymphangioectasies</i> .	
Vaccine. — Sur un cas de vaccine compliquée de gangrène au cours d'une syphilis maligne précoce, par F. BALZER.....	19
Zona. — Quelques cas de zona suivis de tuberculose, par LEMONNIER.....	135

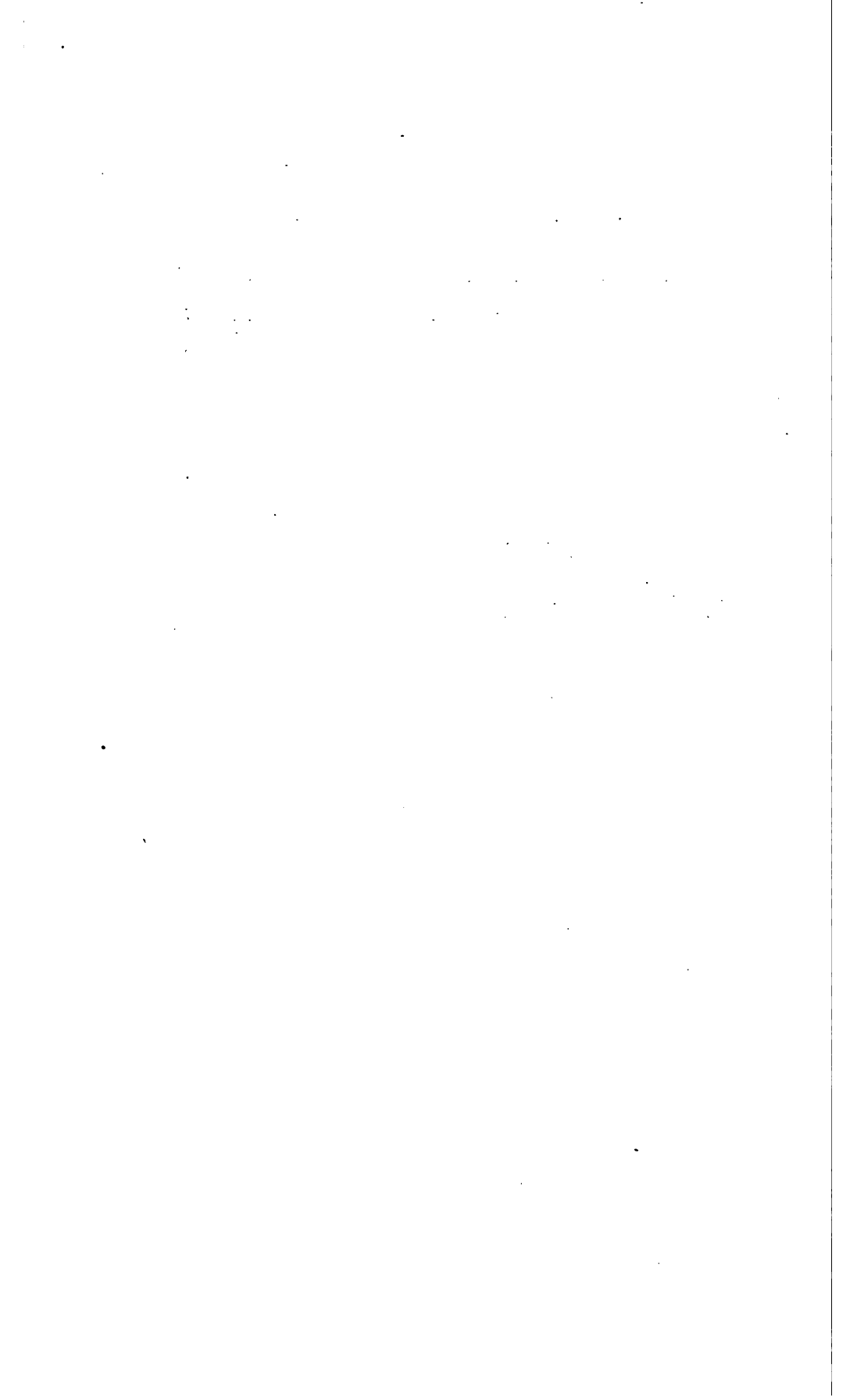
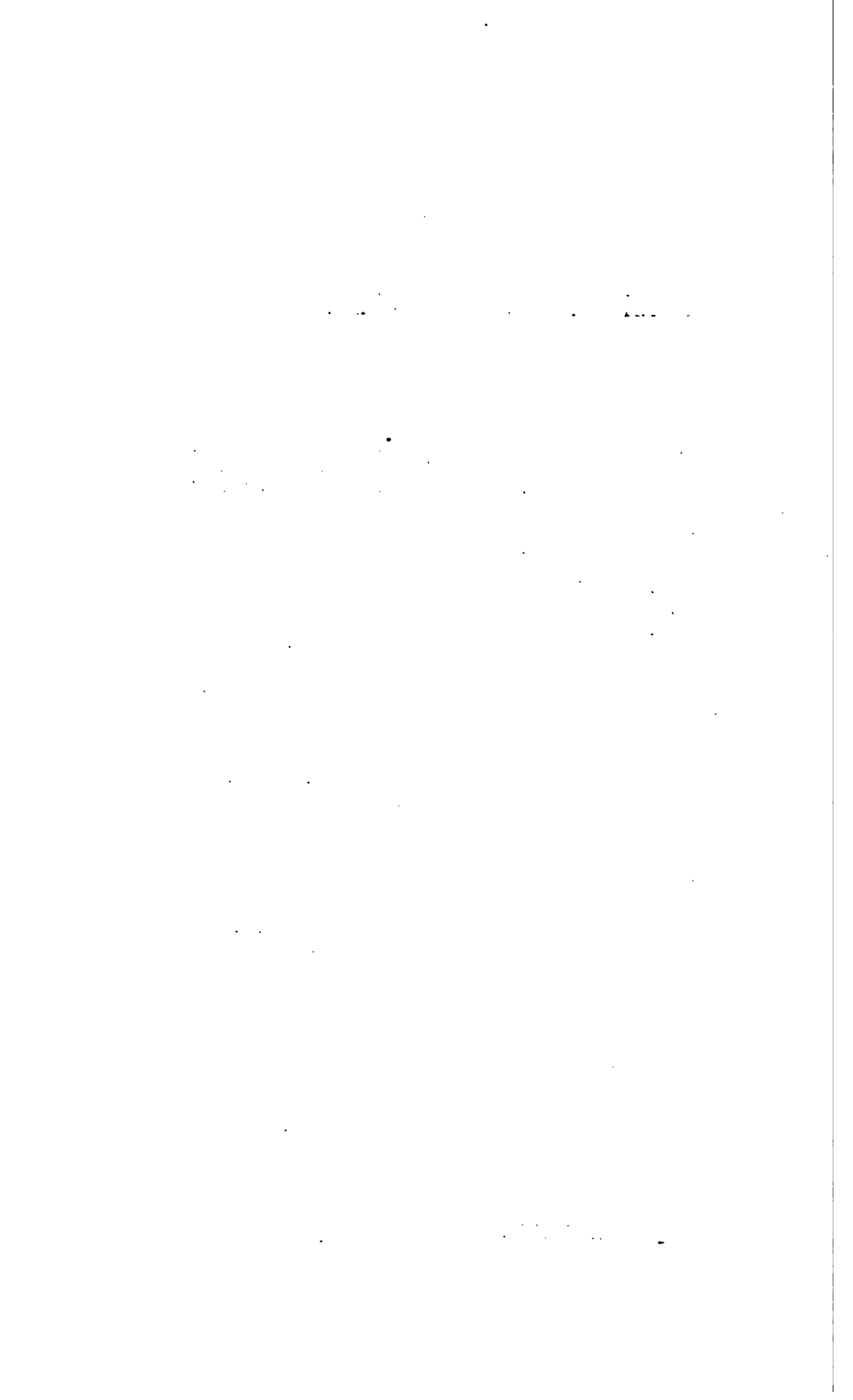


TABLE DES NOMS D'AUTEURS

- Arnouan, 81, 96, 107.
 Balzer, 19, 30.
 Barthélemy, 80, 56, 72, 107, 142, 174, 196, 261.
 Baudouin (G.) 140.
 Bessier (Ernest), 9, 34, 35, 81, 83, 117, 135, 142, 156, 158, 163, 165, 167, 173, 179, 207, 216, 219, 228, 253, 256, 267.
 De Beurmann, 57, 63.
 Brocq, 82, 148, 156, 252, 254.
 Burlureauux, 31.
 Du Castel, 23, 51, 57, 113, 117, 118, 156, 196.
 Cathelineau, 167.
 Darier (J.), 146, 214, 217, 220, 226.
 Dieulafoy, 237.
 Dubois-Havenith, 39.
 Ehlers, 265.
 Eraud, 88.
 Fallen, 267.
 Feulard (Henri) 14, 62, 208, 210, 232.
 Fournier (Alfred), 24, 29, 81, 48, 50, 57, 61, 63, 71, 87, 95, 142, 161, 182, 196, 237.
 Gaucher 95, 202.
 Gémy, 191, 194.
 Goupil, 205, 207.
 Hallopeau, 3, 9, 10, 36, 39, 69, 78, 81, 82, 111, 159, 164, 166, 173, 174, 205, 207, 208, 211, 216, 219, 220, 229, 249, 250, 254.
 Hardy (A.), 1, 9, 34, 82, 107, 157, 158, 164, 174, 179, 182, 183, 184, 208, 250.
 Heuyer, 143.
 Humbert, 93.
 Jacquet, 9, 71, 133, 176, 179.
 Jullien, 88, 107, 108.
 Lailler, 164, 167, 179, 183, 184, 207, 250.
 Lefèvre, 78.
 Lemonnier, 135.
 Mauriac (Charles), 10, 24, 30, 31, 50, 55, 57, 83, 87, 117, 142, 164, 180, 183, 190, 196, 240, 266.
 Morel-Lavallée, 28, 157.
 Ozenne, 162.
 Portalier, 132.
 Quinquaud, 45, 63, 69, 118, 131.
 Renault (Alex.), 185, 190.
 Rollet, 56, 61, 87.
 Schiff (E.), 228, 232.
 Sevestre, 33, 35, 62.
 Thibierge (Georges), 88, 257.
 Verchère, 30, 91, 229.
 Vidal (E.), 35, 39, 81, 83, 110, 157, 164, 167, 209, 219, 228, 253, 260.



SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE
DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Fondée le 22 Juin 1889

BULLETIN DES SÉANCES

2^e ANNÉE — 1891

BULLETIN
DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE
DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

PUBLIÉ PAR MM. LES DOCTEURS

ARNOZAN, BARTHELEMY, FEULARD, SCHMITT,
G. THIBIERGE, VERCHÈRE,

SECRÉTAIRES ANNUELS,

SOUS LA DIRECTION

DE

M. le Docteur ÉMILE VIDAL,

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL.

~~~~~  
**2<sup>e</sup> ANNÉE — 1891.**  
~~~~~

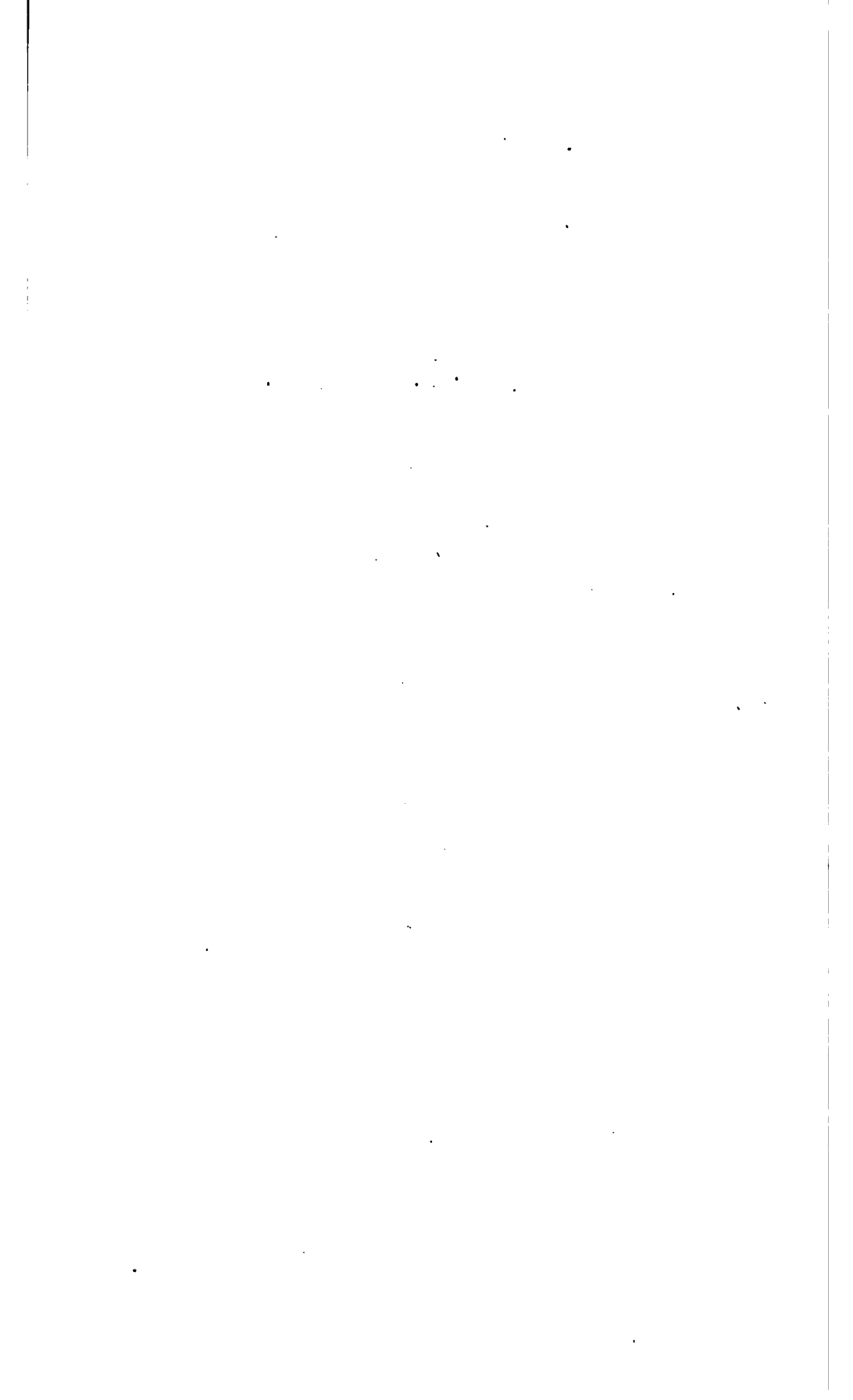
PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

1891



ANNÉE 1894.

COMPOSITION DU BUREAU

<i>Présidents d'honneur.</i>	{	MM. DIDAY (de Lyon). HARDY (de Paris).
<i>Président.</i>		M. LAILLER (de Paris).
<i>Vice-Présidents.</i>	{	MM. ERNEST BESNIER (de Paris). ALFRED FOURNIER (de Paris). ROLLET (de Lyon).
<i>Secrétaire général.</i>		M. ÉMILE VIDAL (de Paris).
<i>Secrétaires annuels.</i>	{	MM. ARNOZAN (de Bordeaux). BARTHÉLEMY (de Paris). FEULARD (de Paris). SCHMITT (de Nancy). G. THIBIERGE (de Paris). VERCHÈRE (de Paris).
<i>Trésorier.</i>		M. DU CASTEL (de Paris).

COMITÉ DE DIRECTION ⁽¹⁾

MM. BALZER.
E. GAUCHER.
HALLOPEAU.

MM. LE PILEUR.
MAURIAC.

(1) Le Président, les Vice-Présidents et le Secrétaire général font, de droit, partie du Comité de direction.

MEMBRES TITULAIRES⁽¹⁾

MM. LES DOCTEURS :

- Abadie**, ancien interne des hôpitaux, 9, rue Volney, Paris.
- Arnozan**, agrégé à la Faculté de Bordeaux, médecin des hôpitaux, 27 *bis*, pavé des Chartrons, Bordeaux.
- Aubert**, médecin de l'Antiquaille, 33, rue Victor-Hugo, Lyon.
- Audouard**, ancien interne des hôpitaux de Paris, 6, rue Mairan, Béziers.
- Augagneur**, à la Faculté, 15, rue St-Dominique, Lyon.
- * **Balzer**, médecin de l'hôpital Ricord (Midi), 8, rue de l'Arcade.
- Bar**, agrégé à la Faculté, accoucheur de l'hôpital St-Louis, 4, rue St-Florentin.
- * **Barthélemy**, médecin de St-Lazare, ancien chef de clinique à l'hôpital St Louis, 21, rue de Paradis.
- Baudot**, ancien interne des hôpitaux, 50, rue Taitbout.
- Baudouin**, ancien interne des hôpitaux, 1, rue de Lille.
- Béclère**, ancien interne des hôpitaux, 5, rue Scribe.
- * **Besnier (Ernest)**, médecin de l'hôpital St-Louis, membre de l'Académie de médecine, 37, rue des Mathurins.
- * **de Beurmann**, médecin de Lourcine, 40 *bis*, faubourg Poissonnière.
- Boureau**, médecin honoraire de St-Lazare, 9, rue Mazagran.
- * **Brocq**, médecin des hôpitaux, 12, rue de l'Isly.
- Brousso**, professeur agrégé, chargé des cours de clinique dermatologique à la Faculté de Montpellier, 60, rue Saint-Guilhem.
- * **Bruchet**, ancien chef de clinique de l'hôpital St-Louis, 9, rue du Caire.
- Burlureaux**, professeur agrégé au Val-de-Grâce, 14, rue Stanislas.
- Castel (du)**, médecin de l'hôpital St-Louis, 14, rue de Bellechasse.
- Cayla**, ancien interne des hôpitaux, 31, avenue de Neuilly.
- Cazalis**, à Aix-les-Bains (Savoie) et à Paris, 96, rue de Miromesnil.
- Clémenceau de la Loquerie**, 39, rue de la Bastille, Nantes.
- * **Comby**, médecin des hôpitaux, 13, rue Godot-de-Mauroi.
- Coutagne (H.)**, quai de l'Hôpital, 16, Lyon.
- Darier**, chef du laboratoire de la Faculté à l'hôpital St-Louis, préparateur au Collège de France, 26, boulevard St-Germain.
- Diday**, médecin honoraire de l'Antiquaille, correspondant de l'Académie de médecine, 17, rue de la République, Lyon.
- Doyon**, correspondant de l'Académie de médecine, médecin-inspecteur à Uriage (Isère) et 27, rue de Jarente, Lyon.
- Dubreuilh (W.)**, agrégé à la Faculté de Bordeaux, médecin des hôpitaux, 46, cours du Jardin-Public.
- Duguet**, agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital Lariboisière, 60, rue de Londres.
- Eraud**, chef de clinique à la Faculté de médecine, 24, rue Victor-Hugo, Lyon.

(1) Les noms qui sont précédés d'un astérisque sont ceux des membres fondateurs

MM. Fabre, à Commeny (Allier).

Ferras, ancien interne des hôpitaux de Paris, à Luchon (Haute-Garonne).

* **Feulard**, ancien chef de clinique à l'hôpital St-Louis, 20, rue St-Georges.

* **Fournier (Alfred)**, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital St-Louis, membre de l'Académie de médecine, 1, rue Volney.

Fredet, professeur à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand (Royat).

* **Gaillon**, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, 76, rue de l'Hôtel-de-Ville.

Gaudichier, rue Notre-Dame-de-Lorette, 20.

* **Gaucher (Ernest)**, médecin des hôpitaux, 11, rue de St-Petersbourg.

Gémy, professeur à l'Ecole de médecine d'Alger.

Gilbert, agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux, 6, rue Delaborde.

Glénard, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, 13, quai de l'Est. Lyon.

* **Hallopeau**, agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital St-Louis, 91, boulevard Malesherbes.

* **Hardy**, professeur honoraire à la Faculté, ancien médecin de l'hôpital St-Louis, membre de l'Académie de médecine, 5, boulevard Malesherbes.

Haushalter, chef de clinique à la Faculté de médecine de Nancy, 4, rue de Joigny.

Heilly (d'), médecin de l'hôpital Trousseau, 12, rue Halévy.

* **Hermet**, 121, boulevard Haussmann.

Heulz, à la Bourboule (Puy-de-Dôme) et 6, rue de la Bienfaisance, Paris.

Horand, chirurgien de l'Antiquaille, 19, quai de l'Hôpital, Lyon.

Horteloup, chirurgien de l'hôpital Necker, 76, rue de la Victoire.

Humbert, agrégé à la Faculté, chirurgien de l'hôpital Ricord (Midi). 34, rue de l'Arcade.

Hutinel, agrégé à la Faculté, médecin de l'hospice des Enfants-Assistés. 13, rue de la Boétie.

Jacquet, ancien interne des hôpitaux, 5, avenue de Messine.

Jamin, ancien interne des hôpitaux, 52, rue Taitbout.

Josias, médecin des hôpitaux, 3, rue Montalivet.

* **Jullien**, agrégé à la Faculté de médecine de Nancy, chirurgien de St-Lazare, 12, rue de la Chaussée-d'Antin, à Paris.

Kalindero, professeur de clinique à Bucharest, ancien interne des hôpitaux de Paris.

* **Lailler**, médecin honoraire de l'hôpital St-Louis, 3, rue de Bruxelles.

Langenhagen (de), ancien interne des hôpitaux, 3, cité Rougemont.

Laussedat, à Royat (Puy-de-Dôme).

Le Blond, médecin de St-Lazare, 53, rue d'Hauteville.

Le Dentu, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté, chirurgien de l'hôpital Necker, membre de l'Académie de médecine, 91, boulevard Haussmann.

* **Leloir**, professeur à la Faculté de Lille, correspondant de l'Académie de médecine, place aux Bleuets, Lille.

Lemonnier, à Flers (Orne).

- MM. **Le Pileur**, médecin de St-Lazare, 15, rue de l'Arcade.
Malécot, ancien interne des hôpitaux, 16, rue Daunou.
Marfan, chef de clinique médicale de la Faculté, chef des travaux d'anatomie pathologique à l'hôpital Necker, 7, rue Richepance.
Marty, médecin du dispensaire à Paris, 23, rue St-Denis.
Mathieu, médecin des hôpitaux, 12, rue de Châteaudun.
Mauriac, médecin de l'hôpital Ricord (Midi), 2, rue Grétry.
Merklen, médecin de l'hôpital St-Antoine, 60, rue de la Boétie.
Mireur, médecin des hôpitaux, 1, rue de la République, Marseille.
Moreau, 47, rue Rempart-St-Etienne, Toulouse.
Morel-Lavallée, ancien chef de clinique à l'hôpital St-Louis, 8, rue Taithout.
Moty, professeur agrégé au Val-de-Grâce, 223, boulevard Raspail.
Netter, agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux, 15, rue du Château-d'Eau.
Nicolas, à la Bourboule (Puy-de-Dôme).
Ollivier, agrégé à la Faculté, ancien médecin de l'hôpital St-Louis, membre de l'Académie de médecine, 5, rue de l'Université.
Oudin, ancien interne des hôpitaux, 12, rue de Belzunce.
Ozenne, chirurgien adjoint de St-Lazare, ancien chef de clinique chirurgicale de la Faculté, 67, rue de la Victoire.
Pallier, ancien interne des hôpitaux 24, rue des Martyrs.
Péan, chirurgien de l'hôpital St-Louis, membre de l'Académie de médecine, 24, boulevard Malesherbes.
Perrin, ancien interne des hôpitaux de Paris, 142, rue de Paradis, Marseille.
Petit (Paul), ex-médecin de la marine, 30, rue Racine.
Pignot, ancien interne des hôpitaux, 93, rue de Seine.
Portalier, 219, rue St-Honoré.
Pouchet, agrégé à la Faculté, ancien chef du laboratoire de Chimie à l'hôpital St-Louis, 15, villa de la Réunion, Auteuil.
Poyet, ancien interne des hôpitaux, 19, rue de Milan.
Quinquaud, agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital St-Louis, membre de l'Académie de médecine, 20, boulevard St-Germain.
Raymond (Paul), ancien interne des hôpitaux, 32, avenue Kléber.
Renaut (J.), professeur à la Faculté, médecin des hôpitaux, 6, rue de l'Hôpital, Lyon.
Renault (Alexandre), médecin de l'hôpital de Lourcine, 58 bis, rue de la Chaussée-d'Antin.
Reumaux, médecin des épidémies, médecin du dispensaire municipal, Dunkerque (Nord).
Riocreux, 84, rue du Cherche-Midi.
Rochet, 7, rue de la Part-Dieu, Lyon.
Rollet, professeur à la Faculté de Lyon, 41, rue St-Pierre.
Roustan, rue d'Antibes, Cannes (Alpes-Maritimes).
Roux (Louis), 19 rue Montorgueil.
Schmitt, agrégé à la Faculté de Nancy, 51, place St-Jean.
Sevestre, médecin de l'hôpital des Enfants, 7, rue Scribe.

- MM. Fox (J. Colcott)**, professeur de dermatologie à l'hôpital Westminster, médecin de l'hôpital des Enfants Victoria, membre du Collège des médecins, de Londres, etc., 14, Harley street Cavendish square, Londres.
- Godinho (Jorge)**, rue Garret, 62, Lisbonne.
- Haslund (Alex.)**, professeur de dermatologie et de syphiligraphie à l'Université, médecin en chef de l'hôpital Communal, 62, Kjöbmagergade, Copenhague.
- Hebra (Hans von)**, agrégé à l'Université de Vienne, directeur de la section des maladies de peau à la Polyclinique, IX. Mariannengasse, 10, Vienne.
- Janowsky (Victor)**, professeur à la Faculté de médecine Tchèque, médecin des hôpitaux, directeur de la clinique dermatologique et syphiligraphique de la Faculté, membre du Conseil d'hygiène de la ville, etc., Hopfenstockgasse, 5, Prague.
- Kaposi (Moritz)**, professeur de clinique et directeur de la section dermatologique à l'Université de Vienne, IX, Alserstrasse, 28, Vienne.
- Lang (Eduard)**, professeur à l'Université de Vienne, médecin en chef de l'Hôpital général, membre de l'Académie Léopoldino-Carolina Cæsarea, I, Ehendorferstrasse, 10, Vienne.
- Liveing**, membre du Collège Royal des médecins de Londres, 11, Manchester square, W., Londres.
- Maieff**, Professeur agrégé à l'Académie impériale, médecin consultant à l'hôpital militaire Nicolas, 47, rue Sadowaja, Saint-Petersbourg.
- Malcolm (Morris)**, chef de la section des maladies de la peau et chirurgien à l'hôpital Sainte-Marie, 8, Harley street, Cavendish square, W., Londres.
- Mannino (L.)**, chef du service des maladies vénériennes et cutanées à l'Hôpital civil, membre de l'Académie royale de médecine de Palerme, etc., via Cavini, 27, Palerme.
- Mansouroff (Nicolas)**, professeur émérite à l'Université impériale, conseiller d'État, Sadowaja, Porte-Rouge, 324, Moscou.
- Morrow (Prince)**, directeur du *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, 66, W., 40th street, New-York.
- Neumann (Isidor)**, professeur de dermatologie et de syphiligraphie à l'Université, directeur de la clinique syphiligraphique de Vienne, 29, Rotenthurmstrasse, Vienne.
- Oltramare**, professeur extraordinaire de dermatologie et de syphiligraphie à la Faculté de médecine de Genève, 11, Corraterie, Genève.
- Pautry**, rue du Mont-Blanc, 4, Genève.
- Pellizzari (Celso)**, professeur ordinaire, directeur de la clinique dermosyphiligraphique à l'Université royale de Pise, membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Rome et de Florence, etc., 3, via Franceschi, Pise.
- Petrini**, médecin en chef de l'hôpital Colentina, professeur à la Faculté de médecine, vice-président de la Société des sciences médicales à Bucharest.
- Pharmacopoulos**, à Athènes.
- Pick (Filipp-Josef)**, professeur et directeur de la clinique dermatolo-

gique et syphiligraphique à l'Université allemande de Prague, médecin en chef de l'Hôpital général, rédacteur en chef des *Archiv. für Dermatologie und Syphilis*, 36, III, Jungmannstrasse, 41, Prague.

MM. **Pospelow**, professeur à la Faculté de médecine de Moscou, directeur de la clinique des maladies cutanées et vénériennes, médecin en chef de l'hôpital de la Miasnitzkaja, membre titulaire de la Société russe de dermatologie et de syphilidologie, etc., rue Miasnitzkaja, hôpital Miasnitzkaja, Moscou.

Pringle, médecin du Middlesex Hospital pour les maladies de la peau, professeur de dermatologie à l'École de médecine, membre du Collège royal des médecins de Londres, 35, Bruton street, Berkeley square, W., Londres.

Riehl, agrégé de l'Université, médecin en chef à Vienne, secrétaire général du Comité du Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie à Vienne en 1892, Johannesgasse, 2, Vienne.

Robinson (A. R.), professeur de dermatologie à la Policlinique, professeur d'anatomie pathologique et de dermatologie au Collège médical des femmes, 248, West, 42th street, New-York.

Schwimmer, professeur de dermatologie à l'Université royale de Budapest, médecin de l'Hôpital central et directeur de la section des maladies de la peau, vice-président de la Société royale des médecins, à Budapest, etc., II, Josefplatz, Budapest.

Stoukownikoff, professeur à la Faculté de Kieff, Russie.

Szrwyskowski (Michel), ancien assistant de l'hôpital Saint-Esprit, rue Erywanska, 10, Varsovie.

Tarnowski (Benjamin), professeur à l'hôpital de Kalinkine, professeur à l'Académie de médecine de Saint-Pétersbourg, président de la Société russe de syphilidologie et de dermatologie, etc., quai de la Moïka, 104, Saint-Pétersbourg.

Taylor (R. W.), professeur des maladies vénériennes au Collège des médecins et chirurgiens, chirurgien de l'hôpital de la Charité, chef du service des maladies de la peau à l'hôpital de New-York, 40 West, 21th street, New-York.

Thin (George), 22, Queen Anne street, Cavendish Square, Londres.

Torók (Louis), 16, rue Andrassy, Budapest.

Unna, directeur de la clinique des maladies de la peau, 5, Park-Allee, Hambourg.

Vajda, agrégé à l'Université, I. Naglergasse, 28, Vienne.

Valdès-Morel (Alberto), agrégé de l'Université, médecin de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu, Santiago (Chili).

Watraszewski (de), médecin de l'hôpital Saint-Lazare, Varsovie.

Welander (Edouard), professeur agrégé de syphilidologie à l'École de médecine (Institut Carolin), médecin en chef de l'hôpital Saint-Georges (St-Göran), 10, Skeppsbron, Stockholm.

STATUTS

ART. I. — Une Société scientifique est constituée à Paris sous le nom de Société Française de Dermatologie et de Syphillographie.

ART. II. — Cette Société se réunit au Musée de l'hôpital Saint-Louis, de 9 heures à 11 heures du matin, le second jeudi de chaque mois, sauf pendant la période des vacances (août, septembre et octobre). Outre les séances mensuelles, la Société tiendra une session annuelle qui aura lieu les jeudi, vendredi et samedi de la semaine qui suit Pâques ; une séance supplémentaire pourrait avoir lieu le dimanche, si elle était demandée et votée.

ART. III. — Tout docteur en médecine peut faire partie de la Société, à condition d'être élu au scrutin secret, par les trois quarts, au moins, des membres présents.

ART. IV. — La Société se compose :

1° De membres titulaires ;

2° De membres correspondants étrangers.

ART. V. — Les membres titulaires paient un droit d'admission de 10 francs et une cotisation annuelle de 20 francs.

La cotisation peut être perpétuée moyennant une somme de 300 francs. Le versement pourra être effectué en trois annuités consécutives de 100 francs chacune.

ART. VI. — Toutes les affaires concernant la Société sont confiées à un Comité de direction, composé du Président, des trois Vice-Présidents, du Secrétaire général et de cinq membres spécialement élus par la Société.

Ce Comité est plus particulièrement chargé :

1° De la publication des travaux ;

2° De la gestion financière ;

3° De tout ce qui peut intéresser la dignité de la Société.

ART. VII. — A la Société seule, spécialement convoquée, appartient le droit de prononcer la radiation d'un de ses membres.

Cette exclusion ne pourra être prononcée qu'au scrutin secret et à la majorité des deux tiers des membres présents.

ART. VIII. — Toute communication d'une personne étrangère à la Société ne pourra être lue en séance qu'après autorisation du Comité de direction.

ART. IX. — Les membres correspondants étrangers sont agréés comme les membres titulaires, sur la présentation des membres titulaires, mais sous la responsabilité du Comité de direction ; ils sont ensuite nommés par la Société qui décide à la majorité.

ART. X. — Le bureau est composé :

1° D'un Président ;

2° De 3 Vice-Présidents, dont un choisi parmi les membres résidant dans les départements.

3° D'un Secrétaire général ;

4° De 6 Secrétaires annuels dont deux choisis parmi les membres résidant dans les départements.

5° D'un Trésorier.

Ces membres sont nommés par élection et pour un an.

Le Secrétaire général est nommé pour trois ans et fait, de droit, comme le Président et les Vice-Présidents, partie du Comité de direction.

ART. XI. — Toute proposition tendant à modifier les statuts de la Société doit être signée par dix membres au moins, déposée sur le bureau, renvoyée à une commission ou au Comité de direction, et discutée dans une séance pour laquelle tous les membres titulaires sont spécialement convoqués.

Cette proposition ne peut être adoptée qu'à la majorité des trois quarts des membres présents.

BULLETIN
DE LA
SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE
ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 8 JANVIER 1891

Présidence de M. le Professeur Hardy.

SOMMAIRE. — Nouvelle étude sur un cas de dermatite herpétiforme en cocarde, par M. HALLOPEAU. (Discussion : M. Hardy.) — Xanthélasma généralisé, périfolliculaire en plusieurs endroits ; présentation de malade par M. VIDAL. (Discussion : MM. Hallopeau, Hardy, Besnier.) — Syphilis héréditaire chez un enfant de 21 mois, présentation de malade, par M. FEULARD. — Syphilis et vaccination ; mémoire de M. MARESCAL lu par M. FOURNIER, présentation d'instruments. (Discussion : MM. Lailler, Besnier.) — Traitement des lupus par la lymphé de Koch, par M. VIDAL, au nom de la Commission des médecins de l'hôpital Saint-Louis. — Observation de vaccine généralisée suivie de mort, par M. E. GAUCHER. — Contribution à l'étude des pseudo-chancres indurés, par M. HUMBERT. (Discussion : MM. Fournier, Morel-Lavallée, Barthélemy, Jullien.)

NOUVELLE ÉTUDE SUR UN CAS DE DERMATITE HERPÉTIFORME EN COCARDE

Par M. H. HALLOPEAU

L'évolution de la maladie que j'ai eu l'honneur de présenter dans la dernière séance sous le nom d'herpès en cocarde confluent du tronc et des membres me permet de lui appliquer cette nouvelle étiquette et de satisfaire ainsi aux observations de M. Besnier.

L'état du malade s'est, en effet, singulièrement modifié depuis un mois :

l'éruption est devenue d'abord nettement polymorphe ; la disposition en cocarde a cessé de se produire ; de nouvelles bulles se sont développées pendant 15 jours, d'abord, sur le tronc, au voisinage ou dans l'aire des placards précédemment décrits, puis aux membres et sur les organes génitaux ; elles étaient irrégulièrement groupées, entourées le plus souvent d'une aréole érythémateuse ; leur contenu, d'abord citrin, devenait bientôt purulent ; leur volume variait de celui d'un grain de chènevis à celui d'une grosse lentille et même, par places, à celui d'une pièce de 50 centimes : au bout de peu de jours, elles se desséchaient en croûtes noirâtres ou s'excoriaient ; la marche de l'éruption a été manifestement excentrique ; les membres n'ont été intéressés que consécutivement au tronc et graduellement en procédant de leur racine vers leur périphérie ; les pieds et les mains sont restés intacts.

A l'éruption érythémateuse, vésiculeuse et bulleuse s'est jointe, depuis la fin de septembre, une éruption purpurique ; nous notons, le 25 décembre, sur les deux jambes, particulièrement à leur partie antérieure, de nombreuses taches hématiques dont l'étendue varie de celle d'une pointe d'aiguille à celle d'une pièce de 2 francs ; l'éruption bulleuse n'est plus en activité qu'au niveau des organes génitaux ; le scrotum et le fourreau de la verge sont le siège d'une tuméfaction œdémateuse considérable : on note concurremment de l'œdème des pieds ; le cœur est intact ; les urines contiennent, d'après l'analyse pratiquée par M. Gros, 0,75 centigr. d'albumine par litre.

Les jours suivants, l'œdème s'accroît et s'étend ; il envahit les membres inférieurs dans toute leur étendue, le scrotum où il se confond avec la tuméfaction inflammatoire provoquée antérieurement par l'éruption. les parois abdominales, le tronc et les mains ; il s'agit donc d'une anasarque généralisée. L'éruption purpurique s'est également accentuée davantage en même temps qu'elle s'étendait ; on voit, à la partie interne de la jambe gauche, une plaque purpurique qui mesure environ 4 cent. de diamètre ; elle est entourée de nombreuses taches miliaires ; cette plaque s'est développée autour d'une bulle actuellement affaissée et représentée par une concrétion jaunâtre adhérente, assez résistante et d'apparence diphtéroïde.

Le 2 janvier, on remarque de nombreuses taches de purpura sur la paroi abdominale ; les pieds, épargnés par l'éruption bulleuse, sont également le siège de purpura ; il ne s'est produit, depuis plus de six jours, aucune éruption érythémato-bulleuse ; les placards anciens ne sont plus représentés que par une coloration plus sombre des téguments et des croûtes desséchées ; quand on enlève ces croûtes, on trouve au-dessous d'elles tantôt une surface légèrement excoriée ou exulcérée, tantôt une simple tache érythémateuse.

La santé générale est profondément troublée ; le malade est dans un état d'asthénie profonde ; la respiration est soufflante à la base du pou-

mon gauche ; il s'est fait dans la cavité péritonéale un épanchement ascitique assez abondant ; la quantité d'urine excrétée dans les 24 heures s'abaisse au-dessous de 500 gr. ; l'examen microscopique du sédiment qu'elle laisse déposer y dénote l'existence de cylindres épithéliaux, de globules blancs et de globules rouges, les uns libres, les autres agglomérés dans des moules fibrineux ; il s'est donc développé une néphrite aiguë qui rend compte de l'anasarque, de la dyspnée et doit jouer un rôle important dans la genèse des troubles de la nutrition générale.

Ce fait ne présente jusqu'ici que deux des grands caractères assignés par M. Brocq à la dermatite herpétiforme : l'éruption a été *polymorphe* et *douloureuse* ; on ne peut savoir aujourd'hui si le troisième grand caractère, la longue durée lui appartiendra, et, quant au quatrième, la conservation d'un bon état général, on peut affirmer qu'il fait défaut. Néanmoins si l'on considère que la bénignité est loin d'être une règle absolue dans cette maladie et si l'on admet, avec M. Besnier, que l'on peut en faire le diagnostic au début, à la première poussée, on est conduit à penser qu'il s'agit, conformément aux opinions émises dans la dernière séance, d'une dermatite herpétiforme ; mais si ce diagnostic est exact, on peut affirmer, avec non moins de certitude, que l'on a affaire à une forme anormale de cette maladie : d'une part, en effet, la disposition de l'éruption en cocardes si complexes lui donnait objectivement une physionomie toute particulière et très exceptionnelle, et, d'autre part, les troubles de la santé générale ont été différents de ceux que l'on observe habituellement dans les cas graves ; l'asthénie est, en effet, hors de proportion avec la durée relativement courte de l'éruption ; on voit souvent des malades avoir des poussées aussi abondantes et aussi durables sans présenter de troubles graves de la santé générale ; l'albuminurie a été signalée comme complication, mais on n'a pas jusqu'ici cité d'observation dans laquelle il se soit produit comme chez notre malade une anasarque généralisée avec ascite sous l'influence d'une néphrite aiguë.

Nous observons en ce moment un autre cas de dermatite herpétiforme, qui mérite par sa gravité, d'être comparé au précédent : le malade a eu, en novembre, 1890, une première poussée qui a été bénigne et n'a rien présenté de particulier ; après plusieurs semaines de répit, de nouvelles bulles ont commencé, il y a 15 jours, à se produire ; d'abord limitée à la face dorsale des mains, l'éruption s'est bientôt étendue à la plus grande partie de la surface cutanée ; elle est remarquable par l'abondance et le volume des bulles. Le 3 janvier, l'état général jusque-là satisfaisant, s'est soudainement aggravé ; des frissons prolongés se sont produits ; la température axillaire est montée de 38° à 39°,5 ; les bruits du cœur, jusqu'alors normaux, se sont altérés ; on constate depuis lors l'existence d'un bruit de souffle intense et rude dans toute l'étendue de la région précordiale avec un timbre différent à la pointe et à la base ; le malade respire 40 fois par minute bien qu'il n'existe aucun signe de com-

plication pulmonaire ; ces signes physiques, rapprochés de ce trouble fonctionnel, ne peuvent laisser de doutes relativement à l'existence d'une endocardite secondaire.

Pareille complication a été observée déjà par M. Besnier.

La maladie a donc frappé secondairement, chez le premier malade, les reins, chez le second, l'endocarde : on pourrait invoquer, pour expliquer la lésion rénale, le trouble provoqué par la dermatite dans les fonctions de la peau, mais cette hypothèse est bien peu vraisemblable, car on a observé souvent des dermatites herpétiformes aussi généralisées sans albuminurie ; ces complications peuvent être, au contraire, attribuées avec une grande vraisemblance à l'action phlogogène des toxines dont la pénétration ou la production dans l'organisme est, selon toute vraisemblance, la cause prochaine de cette maladie ; s'il en est ainsi, cette action peut ne pas rester, comme il est de règle, limitée à la peau ; elle peut s'étendre à différents viscères, particulièrement aux reins et au cœur.

L'existence de ces complications modifie complètement le caractère généralement bénin de la maladie ; la situation des malades devient des plus précaires et une issue fatale est à redouter ; il en est ainsi chez nos deux sujets.

M. HARDY. — C'est aller trop vite que de donner le nom de maladie de Duhring à l'affection dont est atteint ce malade. Celle-ci est caractérisée par la récidence ou plutôt une série de recrudescences et de poussées nouvelles survenant sans intervalles de santé parfaite. Chez le malade qui nous est présenté il y a arrêt complet des manifestations. Cet exemple semble plutôt devoir être rapproché des érythèmes polymorphes à manifestations diverses comme l'indiquent leur nom, bien plutôt que de la maladie de Duhring, qui est pour moi une variété de pemphigus.

M. HALLOPEAU. — La localisation des lésions au tronc et à la partie supérieure des membres, l'absence d'érythème et de bulles aux extrémités, l'apparition de bulles isolées sur des surfaces de peau non érythémateuses et les sensations de prurit intense accusées par le malade nous ont conduit à écarter le diagnostic d'érythème polymorphe.

XANTHÉLASMA MULTIPLE, PLAN ET TUBÉREUX, PÉRIFOLLICULAIRE EN PLUSIEURS RÉGIONS, CHEZ UN RHUMATISANT NON GLYCOSURIQUE

Par M. VIDAL.

Le malade sur lequel j'appelle l'attention de la Société est atteint de xanthélasma plan sur les mains et les poignets, tubéreux en d'autres régions. En voici l'observation rédigée d'après les notes recueillies par mon interne, M. Renon :

Constant C..., gardien de la paix, est un homme de 34 ans, grand, fort, assez nerveux, ayant déjà une certaine tendance à l'obésité.

Son père est rhumatisant, sa mère et ses frères et sœurs sont d'une très bonne santé.

Il a eu une fièvre typhoïde à l'âge de 20 ans. Il y a dix ans une attaque de rhumatisme articulaire généralisé s'accompagna d'endocardite, qui a laissé comme trace un peu d'insuffisance mitrale.

Le xanthélasma a débuté, il y a un an, par des sillons d'une couleur d'ocre jaune, au fond des plis de la peau des doigts, dans les espaces interdigitaux, dans les plis interphalangiens et dans les plis palmaires. Ils y sont encore très apparents ainsi qu'aux plis des poignets où ils ont paru un peu plus tardivement.

Quelques mois plus tard ces sillons jaunâtres, sans aucune saillie (xanthome plan), paraissaient dans un état stationnaire, quand le malade remarqua des petits boutons sur diverses régions, surtout à la région fessière, à la région lombaire, aux coudes et sur la région scapulaire.

Sur la région fessière ils sont très abondants, gros comme de grosses têtes d'épingles, saillants au-dessus du niveau de la peau, acuminés et assez durs.

Leur couleur est d'un jaune rosé; ils deviennent tout à fait jaunes, d'un jaune clair, sous la pression du doigt; au centre, sur la partie la plus saillante, on voit un point noirâtre indiquant l'orifice du follicule pileux.

Ils sont groupés en masse de chaque côté, entre le pli interfessier et le pli fessier inférieur et très rapprochés les uns des autres, paraissant occuper le siège de la plupart des follicules pileux de la partie la plus bombée de la fesse.

A la région lombaire, on n'en trouve pas sur la ligne médiane, mais sur les parties latérales de la région de la ceinture ils sont assez abondants, moins nombreux à droite qu'à gauche. En général plus petits que ceux de la région fessière, ils sont un peu plus gros en arrière où quelques-uns atteignent le volume d'une grosse tête d'épingle. Tout à fait en avant, ils sont si petits qu'ils ont à la vue et au toucher l'apparence de la chair de poule.

A gauche, au pourtour de l'épine iliaque supéro-postérieure, ils sont très nombreux, relativement volumineux et présentent des lésions de grattage. Ils sont, du reste, le siège de démangeaisons.

Aux deux coudes, autour des olécrânes, surtout à droite, on trouve des groupes de ces lésions xanthélasmiques plus grosses que celles des autres régions, quelques-unes ayant le volume d'un grain de blé, peu nombreuses et ayant une coloration plus franchement jaune.

On en voit quelques-uns à la partie postérieure de l'épaule et sur la partie antérieure de l'aisselle.

Ils se sont montrés plus tardivement sur la région du genou droit où ils sont en petit nombre autour de la rotule.

Le cou, la face et tout spécialement les paupières ne présentent aucune apparence de lésion xanthélasmique ; sur la muqueuse buccale on ne voit aucune lésion de ce genre.

Sur le cuir chevelu on compte cinq kystes sébacés. Quatre de ces loupes ont à peu près le volume d'une grosse noisette. La première parut il y a environ douze ans et précéda les autres de quelques mois.

Le malade se plaint de picotements, de démangeaisons sur les régions occupées par le exanthème. Ces symptômes sont surtout prononcés quand il se produit de nouvelles éruptions. Le malade dit que ce n'est qu'un certain temps après avoir éprouvé des démangeaisons qu'il s'aperçut que des boutons se formaient sur la région de la ceinture et sur celle des fesses.

L'état général est très bon.

Les poumons sont normaux.

Au cœur on constate un léger souffle, au premier temps, à la pointe, indice d'une insuffisance mitrale.

Jamais il n'y a eu d'ictère. Jamais de douleurs dans la région hépatique. Le foie a son volume normal.

Il n'y a ni glycosurie ni polyurie.

L'urine examinée, à la fin d'octobre, et en dernier lieu le 6 janvier 1891, ne renferme ni glycose, ni albumine.

Une des petites lésions périfolliculaires, a été enlevée à la région fessière et examinée au microscope. Soit que les coupes n'aient pas été bien faites, soit que le poil ait été détruit par le processus morbide, je n'ai pu trouver traces ni du poil, ni du follicule, ni même de la glande sébacée.

La prolifération du tissu conjonctif est très active, surtout à la périphérie où elle forme de larges faisceaux onduleux.

Les éléments jaunâtres, granulo-grasieux de la production xanthélasmique infiltrés dans le stroma conjonctif, pénètrent profondément dans le derme, sans limites précises.

L'épiderme paraît normal.

Ces caractères histologiques sont ceux du xanthélasma commun et diffèrent de ceux que Radcliffe Crocker et Sangster ont constatés dans le xanthème glycosurique, chez un malade présenté à la Dermatological Society de Londres par Malcolm Morris.

Dans ce cas, les lésions étaient superficielles, ne dépassaient pas la couche moyenne du derme, et ne contenaient pas d'éléments jaunâtres granulo-grasieux expliquant la coloration.

Les deux médecins anglais que je viens de citer se demandent si les lésions histologiques ne sont pas différentes dans le xanthème commun et dans le xanthème diabétique.

La localisation des lésions, leur début autour des follicules pilo-séba-

cés, leur apparition rapide, leur coloration d'un jaune rosé, leur état congestif, le prurit qu'elles déterminent sembleraient devoir faire ranger cette observation dans les xanthomes glycosuriques, à côté de celles d'Addison, de Bristowe, de Malcolm Morris, de Gendre (Thèse de Paris, 1880), de Cavafy, de Colcott Fox, de A. J. Robinson (Atlas international des maladies rares de la peau, IV^e livraison) et du cas très intéressant montré par M. Besnier aux *Réunions cliniques de l'hôpital St-Louis*, 7 mars 1889, p. 104, sous les dénominations de *xanthome glycosurique intermittent* (*xanthome des diabétiques*; *xanthome temporaire des diabétiques*).

Elle en diffère en ce que les lésions ont eu, jusqu'à présent au moins, une évolution assez lente et sont restées permanentes, tandis que dans le xanthome diabétique les lésions sont sujettes à des variations et peuvent disparaître pendant un certain temps pour réapparaître plus tard.

Chez notre malade, l'examen de l'urine, fait à plusieurs reprises, n'a révélé ni polyurie, ni glycosurie.

Le xanthélasma est-il, chez ce sujet rhumatisant et disposé à l'obésité, le symptôme prémonitoire du diabète sucré, comme cela a été observé par Bristowe et par M. Besnier, c'est ce qui serait possible et nous continuerons à tenir notre malade en observation.

M. HALLOPEAU. — On décrit sous le même nom de xanthélasma et de xanthome deux affections qui me paraissent au moins cliniquement devoir être complètement distinguées, l'une dont est atteint le malade de M. Vidal et l'autre que l'on voit chez les glycosuriques.

Le siège aux paupières, la couleur plus foncée, l'étendue des plaques, suffiraient à la distinguer de celle qui devrait porter seule le nom de xanthome, et qui la différencierait.

M. HARDY. — Chez le malade de M. Vidal le diagnostic de xanthélasma ne me paraît pas évident, et je trouve des caractères qui pourraient faire penser à ce que l'on a appelé le Lichen pilaris. Ce n'est pas le siège du lichen pilaris, cela est évident, mais l'apparence extérieure, si on en supprime la teinte jaune, est celle du lichen pilaris.

M. BESNIER. — Je partage complètement l'avis de M. Vidal sur le diagnostic. Il y a là un xanthome sans aucun doute. Seulement dans ce groupe récemment créé, il faut dès maintenant distinguer plusieurs formes.

Une des questions importantes de l'histoire de cette affection a trait aux rapports entre le xanthome et diverses grandes cachexies, entre autres le diabète; et chez ce malade mon diagnostic à première vue eût

été xanthome glycosurique, personnel ou héréditaire. Il y a quelques mois j'ai présenté un xanthelasma jaune. Il n'avait pas de diabète, mais on trouvait son père glycosurique.

Les rapports avec le diabète sont assez précis pour qu'on puisse affirmer une relation évidente. L'année dernière encore j'ai vu un malade qui avait un diabète intermittent ou plutôt rémittent. Si l'on examinait le malade alors qu'il n'existait pas de sucre, on aurait pu se tromper sur la nature de son xanthelasma. Hillairet a donné l'histoire d'un glycosurique intermittent qui présentait du xanthome de même intermittent. Il n'y a, en somme, pas de doute pour moi sur la nature diabétique du xanthome que porte ce malade.

M. VIDAL. — Il y a des cas où la manifestation cutanée a précédé l'apparition du diabète. Mon malade en sera peut être un exemple.

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE CHEZ UN ENFANT DE 21 MOIS; SYPHILIDES TUBERCULEUSES SÈCHES CIRCINÉES DE LA FACE; CRANE NATIFORME; AVORTEMENTS MULTIPLES CHEZ LA MÈRE

Par M. FEULARD.

J'ai l'honneur de vous présenter un jeune enfant, Clément M..., âgé de 21 mois, qui est un spécimen assez intéressant de syphilis héréditaire. Il présente des lésions cutanées et une déformation crânienne. Quoique les lésions de la peau soient aujourd'hui en pleine voie de guérison l'on peut encore distinguer très nettement sur les deux joues deux grands cercles, érythémateux aujourd'hui, il y a quelque jours tuberculeux et croûteux, disposés symétriquement autour des deux commissures et donnant à la physionomie de l'enfant un aspect assez bizarre.

Quand nous vîmes l'enfant pour la première fois, le 20 novembre dernier, voici comment se présentaient ces lésions.

De la commissure labiale gauche partait une sorte de ruban large de trois à quatre millimètres environ, formant un léger relief, rouge et croûteux qui se dirigeait sur la joue d'abord en remontant, puis s'incurvait en descendant, débordait un peu sur le bord maxillaire et remontait ensuite vers le milieu du menton, dessinant un grand arc de cercle d'une régularité presque parfaite, la peau au centre du cercle était saine ; seulement tout proche la commissure se voyait un petit élément croûteux gros comme une lentille.

De la commissure droite partait un second ruban qui se dirigeait en bas vers le bord maxillaire de la joue, puis remontait sur la joue en dessinant une courbe non moins régulière et revenait vers la commissure,

mais s'arrêtait sur la lèvre supérieure à un cent. environ de la commissure, laissant le cercle incomplet. Les caractères étaient les mêmes que ceux de la lésion de la joue gauche. Enfin, sur le menton, juste au-dessous du milieu de la lèvre inférieure, se voyait un bouton aplati, rouge, recouvert aussi de cette même croûte peu épaisse et jaunâtre qui existait sur l'éruption des joues.

Ce qui frappait l'œil tout d'abord c'était la circination parfaite et presque absolument symétrique que présentaient les lésions des joues ; la forme linéaire, géographique, de ces lésions avec le centre de peau saine qu'elles entouraient, si bien qu'à une certaine distance et à un premier examen le diagnostic de trichophytie circonnée semblait s'indiquer d'emblée et que plusieurs personnes comme nous-même s'y laissèrent prendre.

Mais en examinant de plus près la lésion, en considérant surtout le léger relief que formaient les rubans éruptifs, les petites croûtes qui les recouvraient et surtout la lésion isolée située sur le menton, un second diagnostic venait à l'esprit, celui de syphilides circonnées, analogues en réduction à celles que l'on observe à la période tertiaire chez l'adulte.

Les parents interrogés nous apprennent que les lésions des joues ont débuté il y a six mois, qu'aucun traitement n'a été fait, que l'enfant est bien portant, mais qu'il a présenté dans les premiers mois de sa vie des éruptions sur les membres inférieurs.

Nous étions frappé en même temps par la conformation particulière que présente le crâne du bébé et sur laquelle j'attire l'attention. En effet, tandis que les parties latérales sont bombées et saillantes, la ligne médiane reste déprimée et forme un sillon profond au niveau des sutures sagittale et frontale ; en un mot cette conformation est un beau type de *crâne na-tiforme*.

Cette conformation appartient à peu près exclusivement à la syphilis héréditaire.

Dès lors la syphilis ne faisait plus aucun doute et la marche rapide vers la guérison sous l'influence du traitement spécifique est venue confirmer un diagnostic que rendait facile l'ensemble symptomatique que nous venons de dire. Il y a 10 jours que le traitement a été commencé et la lésion est guérie pour ainsi dire ; je n'ai pas besoin de dire qu'il sera continué après la guérison.

Pouvons-nous reconstituer l'origine et l'histoire de cette syphilis héréditaire.

L'étude des antécédents maternels est instructive à cet égard et nous montre une fois de plus l'influence néfaste de la syphilis non traitée sur la natalité.

La mère que vous venez de voir, est une femme bien portante, sur laquelle nous ne trouvons aucun stigmate syphilitique. Mais, mariée à 20 ans et devenue enceinte presque aussitôt, elle débute par une fausse

couche de 5 mois ; elle croit avoir eu dans les premiers temps de son mariage et de cette première grossesse quelques boutons aux organes génitaux. Elle n'est pas traitée, devient de nouveau enceinte et accouche à 7 mois d'un enfant qui meurt au bout d'un quart d'heure ; elle devient enceinte une troisième fois et fait une fausse couche de 8 mois ; une quatrième fois, et mène enfin sa grossesse à terme ; le produit est l'enfant que nous venons de voir. Malheureusement la progression descendante dans le pouvoir léthifère de la maladie ne continue pas et une cinquième grossesse se termine par l'accouchement à 8 mois et demi d'un enfant mort.

Donc, depuis six ans qu'elle est mariée, cinq grossesses, quatre enfants morts. Aucun traitement spécifique n'a été institué ; la cause de ces fausses couches répétées paraît avoir été cherchée par les médecins, qui ont vu cette femme, dans une lésion de l'utérus ; il lui fut même ordonné de garder le lit pendant le cours de sa quatrième grossesse qui d'ailleurs s'est terminée par la venue de notre petit malade.

Celui-ci est venu au monde sain en apparence, mais à l'âge de quatre mois apparurent sur les jambes des taches et des rougeurs ; mené à l'hôpital des Enfants-Malades, il fut ordonné de lui faire prendre une liqueur (liqueur de Van Swieten, sans doute) dans du lait ; les taches guérirent en deux mois. C'est, il y a 6 mois, c'est-à-dire neuf mois environ après cette disparition que débutèrent les lésions actuelles.

Le père, actuellement 32 ans ; il s'est donc marié à 26 ans : interrogé, il nie tout antécédent syphilitique ; mais sans mettre en doute sa bonne foi, nous n'hésitons pas cependant à rapporter à lui l'origine de la maladie. Peut-être d'après les renseignements fort obscurs d'ailleurs qu'il nous fournit, pourrait-on essayer de reconstituer chez lui une origine opératoire de la syphilis (cathétérisme de la trompe d'Eustache) ; mais rien ne nous permet de l'affirmer. Admettons donc qu'il appartenait à cette classe si nombreuse des syphilitiques sans le savoir, soit que les accidents aient passé inaperçus, soit qu'ils aient été méconnus, pour quelques-uns nous pourrions dire oubliés. Notons qu'il est empressé maintenant à demander qu'on les traite, sa femme et lui, pour éviter le retour de ces fâcheux accidents.

SYPHILIS ET VACCINATION ANIMALE

M. FOURNIER présente au nom de M. Mareschal un instrument appelé le *vaccinostyle*, ayant la forme d'une plume à écrire, non fendue, dont le prix modeste permet la destruction après chaque sujet vacciné. De sorte qu'on peut, grâce à lui, se mettre à l'abri des inoculations dues aux vaccinations successives avec le même instrument.

Pour légitimer l'utilité de cet ingénieux et petit instrument, M. Fournier donne lecture du mémoire suivant :

SYPHILIS ET VACCINATION ANIMALE

Par M. le Dr MARESCHAL

Médecin-major au 2^e régiment de pontonniers.

La syphilis peut-elle être transmise à l'homme par la vaccination lorsqu'on opère avec le vaccin animal le plus pur sur un groupe d'individus ?

Cette question, pour ne pas paraître insidieuse, peut aussi être posée de la façon suivante : une lancette ayant servi à inoculer un sujet syphilitique avec du vaccin animal très pur, peut-elle transmettre la syphilis à un autre sujet si elle n'est pas stérilisée ? (1)

Les observations relatant des accidents de ce genre sont, il est vrai, peu nombreuses ; mais il en existe plusieurs que je relaterai plus loin ; il n'y a donc pas là une simple vue de l'esprit, et il y a lieu par conséquent de se garder d'une sécurité trompeuse, en ne se croyant pas à l'abri de tout accident sous le prétexte qu'on opère avec du vaccin animal.

Les cas de syphilis vaccinale relatés dans les ouvrages (2) ont presque tous trait à la transmission immédiate soit par le vaccin humain conservé, soit par un enfant ou un adulte vaccinifère. Laissant au lecteur le soin d'étudier chacune de ces observations en particulier, ce qui m'entraînerait beaucoup trop loin, je crois cependant nécessaire de les envisager dans leur ensemble, parce qu'un assez grand nombre d'entre elles semblent venir à l'appui de ce que j'avance à savoir : que, par l'intermédiaire de la lancette, l'agent de contagion peut être transmis d'un sujet syphilitique à vacciner, à un ou plusieurs sujets sains à vacciner ; et aussi à la source du vaccin elle-même quelle qu'elle soit (vaccinifère humain ou animal ; pulpe, lymphé humaine ou animale).

Lorsqu'on lit les divers comptes rendus d'épidémie de syphilis vaccinale, surtout ceux qui remontent à une époque éloignée, on y remarque, outre des conclusions souvent hasardées, des lacunes regrettables. Celles-ci sont fréquemment, il est vrai, dues à ce que, en raison de la durée d'incubation de la syphilis, l'enquête est forcément incomplète et repose, au moins en partie, sur des renseignements dont le contrôle est tantôt difficile, tantôt impossible.

On porte, avec raison, la plus grande attention sur l'état de santé du

(1) Il est à peine besoin d'ajouter que le même langage peut s'appliquer à la contagion de l'érysipèle infectieux, de la septicémie, des ulcères tropicaux, de la lèpre, etc.

(2) Dont les principaux et les plus importants sont : « *Leçons sur la syphilis vaccinale* » de M. le professeur FOURNIER (Paris, 1889) ; « *Traité pratique de la vaccination animale* » de M. le professeur LAYET de Bordeaux (Paris, 1889).

vaccinifère, mais on ne s'inquiète pas assez de celui des sujets à vacciner, ainsi que de l'asepsie des instruments. Les observateurs omettent presque toujours de donner des détails sur le *modus faciendi* ; ils oublient quelquefois d'indiquer la proportion des sujets restés sains, relativement à ceux contaminés ; ils passent souvent sous silence des faits négatifs importants ; enfin ils négligent toujours de préciser l'état de santé ultérieur des sujets vaccinés et non contaminés, lesquels ont précisément pu rester indemnes parce qu'ils étaient syphilitiques. A voir le peu d'insistance qu'ils mettent à constater que la pureté des instruments et le manuel opératoire étaient irréprochables, à voir l'absence de tout regret de n'avoir pas de renseignements à cet égard, il semble vraiment que la contamination médiate, par la lancette, ne puisse même pas être soupçonnée, et l'on s'étonne de les voir conclure aussi sûrement à la culpabilité du vaccinifère.

Il est incontestable que certaines observations ne laissent aucun doute, et ont été faites et relatées avec toute la rigueur scientifique désirable. L'idée dominante doit être avant tout de rechercher si, au moment des opérations, le vaccinifère était syphilitique, ou si le vaccin a été recueilli sur un terrain syphilitique dans le cas où l'on aurait employé du vaccin conservé. Si le fait est bien établi, l'enquête peut être considérée comme suffisante. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et alors il me semble qu'il est nécessaire de garder la plus grande réserve dans les conclusions, ou de pousser plus loin les investigations, tout en ne me dissimulant pas leur extrême difficulté, quelquefois même leur impossibilité.

Un bon nombre d'observations sont bien antérieures à l'ère de l'asepsie et à la connaissance des propriétés des agents antiseptiques. Celles-là, et d'autres plus récentes, restant muettes sur la possibilité d'infection par la lancette, et concluant à la transmission immédiate par le vaccinifère alors qu'il n'est pas établi d'une façon certaine que ce dernier était syphilitique au moment des opérations, celles-là, dis-je, laissent un doute dans l'esprit. En effet, elles n'établissent pas l'impossibilité de la contagion médiate, du fait des agents extérieurs, et en particulier de la lancette, contaminée par un ou plusieurs sujets vaccinés.

S'il est difficile de s'assurer qu'un vaccinifère n'est pas en puissance de syphilis latente, il l'est beaucoup plus encore de connaître exactement l'état de santé des sujets à inoculer, surtout s'ils sont nombreux. Or je suppose un opérateur en présence de 46 enfants à vacciner ; ses deux vaccinifères offrent toutes les apparences de la santé ; il charge sa lancette tantôt sur l'un, tantôt sur l'autre, et inocule successivement les 46 sujets. L'un de ceux-ci, le septième, par exemple, est syphilitique ; la lancette, plus ou moins mal lavée ou essuyée, — ainsi que cela a pu se passer pour la vaccination des 46 enfants de Crémone en 1821 (1) — est reportée

(1) Epidémie citée dans le traité de la vaccination animale, de M. le Dr Layet, professeur d'hygiène à la Faculté de Bordeaux.

après une ou plusieurs piqûres sur le bras d'un des vaccinifères : 1° ce dernier peut être infecté par l'instrument sur un ou plusieurs boutons, qui peuvent dès lors contenir du virus syphilitique et être le point de départ de contaminations nombreuses ; 2° en admettant même, que par un hasard heureux mais possible, la lancette seule soit restée imprégnée de virus, elle pourra en tous cas infecter le huitième enfant.

Enfin, comme dans toutes les observations d'épidémie de syphilis vaccinale, on remarque qu'un certain nombre d'enfants restent indemnes, il est fort possible que ce soient ceux-là, ou l'un de ceux-là, qui soient syphilitiques héréditaires, et la cause de tout le mal. Aussi, dans toutes ces sortes d'épidémie, dont l'étude est si complexe, lorsqu'il ne sera pas clairement démontré que le vaccinifère était syphilitique au moment des opérations, devra-t-on, non seulement appliquer les règles communes à toute observation médicale, mais encore chercher à éclaircir les points suivants, en donnant avec détail les résultats positifs ou négatifs des recherches :

1° Combien y avait-il de vaccinifères et de sujets à vacciner ?

2° Quel mode opératoire, quels instruments ont été employés ; quelles mesures préventives ont été prises ?

3° Combien de sujets ont été contaminés ? Est-il démontré que le vaccinifère n'a pas eu de chancres trois ou quatre semaines après les opérations ?

4° Est-il démontré qu'un ou plusieurs des sujets restés indemnes d'accidents primitifs ont eu, ou n'ont pas eu, ultérieurement des accidents secondaires ?

Par exemple :

A. — 1° Vaccination de 10 enfants. Vaccinifère : enfant de trois mois, présentant, ainsi que ses parents et sa *nourrice*, toutes les apparences d'une belle santé ; beaux boutons.

2° Suivant le précepte de M. le professeur Fournier (1) : vaccin recueilli sur une lamelle et inoculé à l'aide d'un instrument détruit, ainsi que la lamelle, aussitôt après l'inoculation de chaque sujet.

3° Les 10 sujets ont été atteints de chancres puis d'accidents secondaires.

4° Le vaccinifère n'a pas été atteint de chancres, mais d'accidents secondaires.

Conclusion : La contagion est due au vaccinifère.

B. — 1° Vaccination de 10 enfants. Vaccinifère : enfant de cinq mois ; apparence de belle santé ainsi que pour les parents et la *nourrice*.

2° Mode opératoire et instruments : une lancette qu'on se borne à essuyer sur un linge après chaque insertion.

¹ Académie de médecine, séance du 6 août 1889 : « Tout vacciné sera vacciné avec des instruments à lui, n'ayant touché quelui ;... » (Prof. Fournier).

3° Le vaccinifère et les quatre derniers sujets vaccinés ont été atteints au bout de 20 jours de chancres et ultérieurement d'accidents secondaires.

4° Les cinq premiers sujets n'ont eu ni chancres, ni accidents secondaires, mais le sixième, âgé de 3 mois, a été atteint, peu de jours après l'opération, d'accidents de syphilis constitutionnelle.

Conclusion : Le vaccinifère était sain ; les cinq premiers enfants étaient sains ; le sixième était en puissance de syphilis et a infecté la lancette qui, non stérilisée, a elle-même infecté le vaccinifère et les sujets suivants. Le mode opératoire est défectueux et constitue une faute lourde.

C. — 1° Vaccination de 10 enfants avec de la pulpe animale glycinée recueillie depuis 24 heures dans un tube en doigt de gant stérilisé.

2° Mode opératoire et instruments : une lancette, qu'on se borne à essuyer sur un linge ; ou bien : que l'on trempe dans de l'eau soi-disant bouillante, mais qui ne bout pas constamment (source de chaleur insuffisante, courants d'air, etc.).

3° Les quatre derniers sujets vaccinés ont été atteints, au bout de 20 jours, de chancres et, ultérieurement, d'accidents secondaires.

4° Les cinq premiers enfants n'ont eu ni chancres ni accidents secondaires, mais le sixième, âgé de trois mois, a été atteint, un mois après l'opération, non pas de chancres, mais d'accidents de syphilis constitutionnelle.

Conclusion : Le sixième enfant était syphilitique et a infecté la lancette qui, non stérilisée, a infecté la lymphe puis les sujets suivants. Le mode opératoire est défectueux et constitue une faute lourde.

D. — 1° Vaccination de 10 enfants, de pis à bras, ou avec de la lymphe animale très pure.

2° Mode opératoire et instruments : une lancette est trempée une seule fois dans le vaccin pour les trois ou quatre insertions pratiquées sur chaque sujet, et détruite aussitôt après ; ou bien une goutte de vaccin est placée sur une lamelle ; la lancette y est chargée après chaque piqûre, puis détruite ainsi que la lamelle après l'inoculation de chaque enfant ; ou encore deux lancettes ont été employées, elles ont été plongées dans de l'eau constamment bouillante après chaque piqûre.

3° Deux sujets âgés de trois mois et demi ont été atteints d'accidents syphilitiques 20 jours après l'opération. Ils n'ont pas eu d'accidents primitifs et leurs boutons ont évolué normalement.

4° Aucun des autres sujets n'a été atteint ultérieurement d'accidents spécifiques.

Conclusion : Le vaccin était de bonne qualité, le mode opératoire irréprochable ; l'apparition de la syphilis est entièrement indépendante de la vaccination.

Sans aucun doute, les faits qui se présentent dans la pratique sont loin d'être toujours aussi nets que ceux que je viens de citer par hypothèse.

Dans bon nombre de cas l'obscurité des renseignements, les intérêts divers mis en présence, et la multiplicité des causes d'erreurs, sans compter les obstacles matériels, entraveront beaucoup la recherche de la vérité et permettront à peine d'arriver à des présomptions. Mais il n'en est pas moins vrai que les schémas d'observations que je viens d'exposer ne sont pas exclusivement théoriques ; je n'en veux pour preuve que les faits suivants relatés dans l'ouvrage de M. le professeur A. Fournier sur la syphilis vaccinale (1). Je ne saurais mieux faire que de citer textuellement un auteur aussi compétent :

« ... Voici d'abord un premier fait qui a été relaté par un médecin des plus distingués, le Dr R. Taylor (de New-York).

« Vingt personnes sont vaccinées dans une même séance avec du vaccin en tubes. Un enfant de sept mois environ, bien portant, sain, et né de parents sains, est vacciné le huitième. Immédiatement avant lui, on avait vacciné une jeune femme, prostituée de profession, qui présentait à ce moment même (comme on l'apprit plus tard) des accidents de syphilis secondaire (syphilide papuleuse, plaques muqueuses, etc.). De cette femme la lancette fut portée directement et sans transition sur l'enfant, car le vaccinateur (ainsi que cela est spécifié dans l'observation) passait à la hâte d'un sujet à un autre, sans même prendre le soin d'essuyer son instrument. Qu'arriva-t-il ? C'est que l'enfant reçut de la lancette ainsi chargée et la vaccine et la syphilis.

« Vingt-trois jours après la vaccination, on constatait sur l'un de ses bras au niveau d'une des piqûres vaccinales une lésion papulo-érosive qui ne tarda pas à devenir un chancre syphilitique des plus nets ; puis quarante-six jours après l'éclosion de ce chancre, se produisait l'invasion d'accidents constitutionnels (roséole, plaques muqueuses, etc.) (2).

« Que voulez-vous de plus probant ?

« De même, M. le Dr Ory a relaté l'observation d'une infirmière de la Charité qui reçut la syphilis d'une vaccination faite (remarquez ceci, Messieurs, non pas avec du vaccin humain, mais avec du vaccin de génisse). Ici encore les choses se passèrent comme dans le cas précédent. Cette femme fut vaccinée immédiatement après un enfant qui depuis lors a été reconnu pour syphilitique, et le vaccinateur, « étant

(1) *Op. cit.*, p. 153-156.

(2) Les circonstances du fait ont été notées ici de la façon la plus explicite : « ... Le vaccinateur après avoir opéré sur un sujet, passait de suite au suivant. On sut d'une façon péremptoire qu'il ne nettoyait pas son instrument à chaque individu, mais qu'il l'appliquait rapidement et sans interruption sur le bras de chacun... La mère de l'enfant et la surveillante ont toutes deux fait la remarque que l'instrument avait passé directement du bras de la jeune femme sur celui de l'enfant ». (A case in which syphilitic contagion was conveyed in the operation of vaccination, with remarks upon the means of prevention, by Dr Taylor of New-York. *Archives of Dermatology*, avril 1886, p. 203 à 210.

« très pressé » négligea d'essuyer sa lancette en la portant du bras de l'enfant sur le bras de ladite infirmière. Survint sur l'une des piqûres une lésion qui fut diagnostiquée, chancre induré par mon collègue, M. Bourdon; puis ce chancre fut suivi, à échéance classique, d'accidents généraux (roséole, céphalée, plaques muqueuses, etc.) (1).

« Troisième exemple, celui-ci emprunté à la pratique de mon regretté collègue et ami le professeur Lorain. Plusieurs malades (femmes) furent vaccinées dans une même séance avec du vaccin de génisse. Ce vaccin avait été recueilli en abondance sur le plat d'une lancette où l'opérateur venait le puiser avec une aiguille pour chaque inoculation. Sans doute, « comme il fallait aller vite » l'aiguille ne fut pas suffisamment essuyée, en passant d'une malade à une autre. Toujours est-il que la dernière malade inoculée fut infectée au bras. Sur l'une des piqûres vaccinales, il se produisit, à échéance normale, un chancre aussi typique que possible, chancre que j'ai vu (parce que M. Lorain me fit l'honneur de me mander en consultation pour avoir mon avis sur ce cas curieux) et qui fut suivi d'ailleurs en temps voulu d'accidents constitutionnels.

« Or, enquête faite, il fut démontré que plusieurs des femmes vaccinées avant cette malade étaient en puissance de syphilis secondaire. Donc, très certainement, la contagion syphilitique avait passé d'un sujet à un autre d'une façon médiate, à savoir par l'intermédiaire de l'aiguille à vaccin.

« Ainsi, voilà un fait bien établi et n'ayant plus besoin d'autres preuves. Il est certain, incontestable que, dans une vaccination où le vaccinifère est sain et la lancette irréprochable, la syphilis peut être transmise d'un sujet vacciné à un autre sujet vacciné, et cela par l'intermédiaire des éléments organiques (je ne veux pas, ou plutôt je ne puis pas préciser davantage) que transporte la lancette d'un sujet syphilitique à un sujet sain. »

(1) Voici le résumé de cette observation :

« Marie Pich..., cinquante-trois ans, infirmière depuis seize ans à l'hôpital de la Charité, avait été vaccinée avec succès à l'âge de treize ans. En 1869, alors qu'on vaccinait dans les hôpitaux avec le vaccin pris sur une génisse, elle fut revaccinée après un enfant malingre, cachectique, reconnu depuis comme syphilitique. Le vaccinateur négligea, dit la malade, d'essuyer la lancette, étant très pressé; peu de jours après, elle avait d'abord une fausse vaccine, puis l'un des boutons, celui de la première piqûre du bras, devint dur et persistant. M. Bourdon diagnostiqua un chancre induré, et ce diagnostic fut confirmé non seulement par d'autres médecins, mais par l'apparition, vers le troisième mois de l'accident, de plaques muqueuses de la gorge, d'une céphalalgie intense et d'une roséole. On voit encore sur le bras droit une petite tuméfaction indurée de la grosseur d'une lentille. Aucun accident ulcéreux, pas de troubles généraux, pas d'accidents actuels (juin 1874). Recherches cliniques sur l'étiologie des syphilides malignes précoces, par le Dr Eugène Ory. Thèse de Paris, 1875, p. 26 et 27.

Ces trois observations ne sont-elles pas absolument probantes, et n'offrent-elles pas la plus grande analogie avec les schémas B et C ?

Je puis donc dire, avec M. le professeur Fournier, qu'un instrument ayant opéré un syphilitique peut transmettre la syphilis; les divers cas de contagion instrumentale sont admis par tout le monde, et des observations de ce genre, bien qu'assez rarement publiées, sont connues (1); mais n'est-il pas surprenant que leur rareté s'applique précisément à la lancette, c'est-à-dire à un des instruments qui sont les plus exposés à être incriminés ? Je crois, au contraire, que, parmi les relations de syphilis vaccinale concluant à la transmission immédiate par le vaccinifère, un certain nombre sont incomplètes et erronées; je crois que, si elles n'établissent pas le fait de la contagion instrumentale, rien ne saurait en tous cas la contredire tout au moins dans plusieurs d'entre elles, où l'on aurait, au contraire, le droit de la supposer possible.

Indépendamment des obstacles de divers ordres que l'on rencontre presque toujours dans une enquête sur une épidémie de syphilis vaccinale et qui motivent une grande réserve dans les conclusions, l'hypothèse suivante n'est-elle pas permise, sans faire injure à la profession médicale (en admettant qu'un médecin soit en cause, ce qui n'est pas toujours le cas) : quand un rigoureux examen de conscience a pu démontrer ou même faire supposer au praticien malheureux que sa lancette peut être le coupable, ne serait-ce pas croire la nature humaine meilleure qu'elle ne l'est, si on supposait qu'il s'accusera publiquement ? Le mal étant irrémédiable, à quoi d'ailleurs aboutirait cette conduite presque angélique ? à perdre la situation d'un homme honorable et laborieux, sans grand profit pour les victimes.

En résumé : le mode de transmission qui m'occupe est prouvé par des observations authentiques; il est rationnel de supposer qu'il a été plus fréquent qu'on ne le pense, et qu'il peut se produire encore malgré l'emploi du vaccin animal, même vivant. Ce dernier, qui prend de plus en plus, et avec raison, droit de cité dans la science ne doit pas nous entraîner à un laisser-aller regrettable en ce qui concerne le mode opératoire et l'appareil instrumental.

J'estime donc qu'au moment où la vaccination et la revaccination sont presque obligatoires et d'ailleurs passées dans les mœurs de la plupart des nations civilisées, ce serait risquer de jeter le discrédit sur le vaccin animal si l'on ne mettait en application les préceptes édictés par les voix les plus autorisées telles que celles de MM. Fournier, Hervieux, Layet, etc., en un mot, si l'on oubliait qu'il est de règle absolue : de *n'employer qu'un instrument neuf, ou tout au moins minutieusement*

1. Voir entre autres : Académie de médecine, séance du 5 novembre 1889, communication de M. le Dr Lancereaux, et *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, année 1888 p. 874 : La vaccination en Allemagne, par le Dr Jeunehomme.

stérilisé, pour vacciner chaque sujet, alors même que l'on emploie le vaccin animal.

Angers, 21 novembre 1890.

D^r MARESCHAL,

Médecin-major au 2^e régiment de pontonniers.

M. LAILLER. — Cette idée d'avoir un appareil particulier et ne servant qu'à un individu qu'on doit vacciner, n'est pas nouvelle et j'ai dans mon arsenal instrumental une aiguille formée d'un alliage iridium et platine dont le but était semblable à celui que se propose M. Mareschal. Il suffisait après chaque vaccination de la stériliser en la portant au rouge dans une lampe à alcool pour être sûr de sa pureté ; la résistance et la dureté de l'alliage lui permettaient de ne pas s'altérer malgré la très haute température à laquelle on la portait.

M. BESNIER. — Je puis rappeler à M. Lailler lui-même que je l'ai vu se servir, poursuivant la même idée, pour faire les vaccinations, d'une plume à écrire que l'on pouvait rejeter après chaque opération.

TRAITEMENT DES LUPUS PAR LA LYPHE DE KOCH

Par M. VIDAL, au nom de la Commission des médecins de l'hôp. St-Louis.

La Commission des médecins de l'hôpital Saint-Louis a décidé d'ajourner à la prochaine séance la communication qu'elle devait faire aujourd'hui à la Société sur les résultats du traitement du lupus et de la tuberculose cutanée par la lymphe de Koch. Il est encore trop tôt pour formuler des conclusions et nous ne pouvons vous soumettre aujourd'hui qu'un aperçu préliminaire, un avant-propos du rapport que prépare la Commission.

Trente-deux malades ont été réunis dans les salles Alibert et Devergie pour être soumis à une observation collective et pour rendre plus facile et plus efficace la surveillance que nécessitent les dangers de la médication nouvelle.

Les premières inoculations ont été faites le 30 novembre 1890. Les malades, pour la plupart, ont été inoculés de quatre à six fois : un intervalle moyen de quatre à huit jours a été laissé entre les injections. Chez quelques sujets très éprouvés par les premières inoculations l'intervalle a été de dix jours.

Nous avons remarqué qu'en rapprochant les injections, en les faisant tous les deux ou trois jours, comme à Berlin, les malades restent plus

affaiblis, deviennent plus promptement anémiques et que d'autre part la disposition à la réaction locale s'épuise plus promptement, que celle-ci devient de moins en moins vive et paraît bientôt n'avoir plus d'action sur les lésions, en particulier sur celles du lupus.

Réservant pour la séance du mois de février, la question encore à l'étude des modifications apportées à la lésion par les réactions locales, nous appellerons dès maintenant votre attention :

1° Sur l'irrégularité de la réaction générale ;

2° Sur ses dangers ;

3° Sur les précautions à prendre pour éviter ces dangers ou tout au moins pour les atténuer.

1° *Irrégularité de la réaction générale.* — Les réactions sont loin d'avoir la régularité, en quelque sorte schématique, annoncée comme caractéristique par Koch et par les médecins de Berlin.

Cette irrégularité, qui n'a rien d'étonnant pour des cliniciens habitués à tenir compte de la variabilité d'action des agents thérapeutiques suivant les individualités, doit rendre encore plus prudent dans la direction d'un traitement qui est loin d'être sans danger.

La réaction locale n'est pas toujours en proportion avec la réaction générale. Celle-ci peut être très forte sans que les lésions du lupus paraissent notablement enflammées. C'est ce que la Commission des médecins de l'hôpital St-Louis a remarqué dans la plupart des cas de *lupus non exedens*. C'est ce que j'ai vu chez une jeune fille de 14 ans traitée à l'hôpital Necker, par le professeur Guyon et chez laquelle trois inoculations, dont la dernière faite avec trois milligr. de lymphé avaient laissé absolument intact un gros nodule de lupus myxomateux, le type le mieux caractérisé du lupus tuberculeux. Malgré une réaction générale très manifeste, ce nodule, plus large qu'une pièce de 50 centimes, jaunâtre, molasse, en relief au-dessus du niveau de la peau, n'avait été le siège d'aucune réaction, pas même d'une desquamation.

Chez plusieurs malades nous avons vu une réaction intense suivre l'injection d'un demi-milligr. de lymphé, même après plusieurs inoculations. Un malade inoculé deux fois avec 1 milligr. avait eu la première fois un maximum de température de 40°, la seconde fois de 40°,2, une troisième injection faite 12 jours après la seconde et avec moitié dose, un demi-milligr. seulement, provoqua une réaction plus intense avec une température de 40°,8.

Une femme inoculée à trois reprises à 10 jours environ d'intervalle, avec deux milligrammes, ayant éprouvé les deux premières fois une réaction moyenne avec température ne dépassant pas 40° et ayant eu pendant 48 heures un peu d'albuminurie, lors de la première injection, fut prise, après la troisième, faite avec la même dose, de symptômes graves qui, sans les soins immédiats de l'interne et des deux externes qui sont chargés spécialement de veiller sur ces malades, auraient pu être mor-

tels. Congestion pulmonaire très étendue, hématurie, rash scarlatiniforme généralisé, avec vésico-pustules et bulles purulentes, et le lendemain tuméfaction d'apparence érysipélateuse de la face et du cuir chevelu, tels furent les principaux symptômes qui accompagnèrent un état d'angoisse si pénible que la malade nous demanda, en grâce, de ne pas continuer ce traitement.

La durée de la réaction fébrile est loin d'être la même chez tous les sujets.

En général, la défervescence se produit dans les premières vingt-quatre heures, mais il est très ordinaire de voir la température remonter dans l'après-midi du lendemain, parfois elle atteint un maximum plus élevé que celui du premier jour. Ce mouvement fébrile vespéral s'est manifesté encore chez quelques malades dans l'après-midi du 3^e et du 4^e jour.

2^e *Ses dangers.* — La lymphé de Koch produit les effets d'un agent pyrétogène très actif, portant la congestion et l'inflammation dans toute l'économie, mais si inégalement qu'il est difficile de prévoir quelle en sera l'intensité et quels seront les organes qui en subiront plus particulièrement les effets. Cette inégalité existe non seulement d'un malade à l'autre, mais encore chez un même individu d'une inoculation à l'autre.

Les organes qui étaient antérieurement le siège de quelque lésion, même autre qu'une lésion tuberculeuse, sont plus particulièrement congestionnés. Ils ne sont pas seuls atteints et les viscères en apparence les plus sains, ceux pour lesquels un examen attentif ne révélait rien d'anormal, comme le poumon, le cœur, la rate, etc., peuvent être fortement congestionnés à la suite de l'inoculation.

La congestion des bronches et de la base des poumons est assez fréquente pendant les deux premiers jours.

Nous avons constaté plusieurs fois des signes de myocardite et d'endocardite. D'autre part, les symptômes de cardialgie et d'anxiété précordiale, analogues à ceux qui sont observés dans les maladies infectieuses, ont été notés chez plusieurs de nos malades.

L'augmentation de volume de la rate a été manifeste en plusieurs cas et a été passagère.

L'albuminurie a été constatée chez plusieurs malades et, chez trois d'entre eux, il y a eu de l'hématurie. Ces symptômes de congestion rénale n'ont pas duré plus de trois ou quatre jours.

L'état d'affaiblissement général, de dépression physique et morale dans lequel nous avons vu plusieurs de nos malades accompagnait en général une grande pâleur et une anémie rapide.

Deux fois, nous avons vu la complication d'une tuméfaction ressemblant à l'érysipèle, envahir la joue, le front et une partie du cuir chevelu, le lendemain de l'inoculation, chez des femmes atteintes de lupus qui déjà antérieurement avaient eu des érysipèles de la face. La durée a été de six jours dans un cas et de cinq dans l'autre cas.

Le sang ne contenait pas les streptocoques de l'érysipèle et l'essai de culture sur gélose est resté stérile.

3° *Précautions à prendre pour éviter ces dangers ou tout au moins pour les atténuer.* — Dans ce but nous avons diminué graduellement les doses initiales et fait les injections à des intervalles moins rapprochés, de manière à laisser à nos malades le temps de reprendre des forces avant une nouvelle inoculation.

Nous commençons par un demi-milligramme. Nous augmentons d'un milligramme par injection jusqu'à ce que nous obtenions une réaction élevant la température à 39 degrés. Pour les injections suivantes nous ne dépassons pas la dose qui aura été suivie de cette réaction, tant que la température de 39° sera atteinte.

Nous laissons un intervalle de 4 à 8 jours entre les injections successives. Voilà, Messieurs, ainsi que je l'ai dit en commençant non pas le compte rendu des travaux de la *Commission des médecins de l'hôpital St-Louis*, mais un simple aperçu général et préliminaire. Dans la séance prochaine chacun des membres de la Commission exposera, en particulier, ce qui ressort de son observation personnelle.

OBSERVATION DE VACCINE GÉNÉRALISÉE SUIVIE DE MORT

Par M. E. GAUCHER.

L'observation que je communique à la Société, à cause de sa rareté, a été recueillie en 1884 à l'hôpital Necker, dans le service de M. le professeur Potain, dont j'étais alors le chef de clinique.

Georges M..., âgé d'un mois, entre, avec sa mère, à la crèche de l'hôpital Necker, le 21 février 1884. Cet enfant, qui était en parfaite santé, a été vacciné il y a onze jours, avec du vaccin de génisse, à la Maternité où il est né. Huit jours après la vaccination, il avait à chaque bras trois belles pustules de vaccin ; la mère se rappelle que ce jour-là les pustules ont été excoriées ; la fièvre était très forte ; l'enfant criait incessamment et refusait de teter. Le lendemain, c'est-à-dire le neuvième jour, la mère vit de nombreux boutons, ressemblant à des pustules vaccinales au début, apparaître sur toute la surface du corps. L'enfant paraissait souffrir beaucoup, était très agité, remuait dans son lit, avait la peau chaude ; il vomissait le peu de lait qu'on pouvait lui faire absorber.

Nous l'examinons le 11^e jour à la visite du soir et nous constatons, outre les pustules vaccinales de chaque bras, une éruption généralisée siégeant principalement à la nuque, à la figure, à la face dorsale des mains, sur la poitrine, dans le dos entre les épaules, sur les fesses, sur

le ventre, à la face postérieure des cuisses et des jambes, surtout du côté droit, au niveau des malléoles et à la face plantaire du pied droit. On voit par cette distribution de l'éruption qu'il y a des régions où l'enfant n'a pu porter et inoculer directement le virus vaccinal par le grattage.

Si l'on examine cette éruption, on voit que, parmi les éléments éruptifs, les uns sont arrivés déjà à l'état de pustules ombiliquées, les autres, et c'est le plus grand nombre, se sont arrêtés dans leur évolution à l'état vésiculo-pustuleux, papulo-vésiculeux et même simplement papuleux. Les pustules adultes les plus volumineuses sont de la grosseur d'une lentille et assez espacées, elles sont blanchâtres à leur centre et entourées d'une auréole inflammatoire assez large. D'autres boutons, plus petits, plus rapprochés et presque confluents ne dépassent pas la grosseur d'un grain de millet.

La température est de 40°,5 ; l'enfant prend le sein de sa mère, mais vomit presque tout ce qu'il tète.

Les jours suivants, les pustules qui étaient arrivées les premières à maturité se flétrissent, quelques-unes sont excoriées. Les vésicules primitivement plus petites s'élargissent et prennent l'aspect pustuleux, toutes les papules du début présentent peu à peu à leur centre un point blanchâtre. L'éruption semble donc suivre son cours ; mais, en même temps, l'état général devient de plus en plus mauvais ; l'enfant vomit toujours et a de la diarrhée. La respiration devient anxieuse et fréquente ; la poitrine est pleine de râles fins, avec respiration soufflante à la racine des bronches. Le 25 février la peau se cyanose, sans qu'il y ait d'hémorragies cutanées, et l'enfant succombe avec toutes les apparences de l'asphyxie.

A l'autopsie, on trouve une congestion très intense des deux poumons, sans hépatisation ; la rate augmentée de volume et ramollie ; les reins congestionnés. Le foie est parsemé d'îlots jaunâtres de dégénérescence graisseuse. En somme, ce sont les lésions d'une maladie infectieuse.

Cette observation prête à peu de commentaires. Je crois d'abord qu'on ne peut discuter la nature de l'éruption qui est bien une vaccine généralisée. Le mode de développement de cette éruption, les caractères de ses éléments ne laissent aucun doute à cet égard.

L'enfant n'avait aucun antécédent syphilitique héréditaire et ne présentait aucune trace de syphilis ; l'autopsie n'a montré que des lésions congestives et dégénératives d'origine infectieuse.

En second lieu, il me semble impossible de ne pas admettre que cette généralisation de la vaccine ait été le résultat d'une infection générale. Des auto-inoculations n'auraient pu produire une éruption aussi diffuse et aussi étendue ; de plus, des groupes éruptifs existaient dans des régions où l'enfant ne pouvait porter les mains. Les lésions cutanées avaient donc tous les caractères d'une éruption de cause interne.

Enfin, quelle a été la raison de la malignité de cette vaccine. L'enquête à laquelle je me suis livré ne m'a rien appris. D'après les renseignements que j'ai recueillis, les autres enfants, vaccinés le même jour à la Maternité, n'ont rien éprouvé de semblable. L'enfant qui fait le sujet de cette observation était en bonne santé, gros et d'apparence robuste. J'en suis réduit à invoquer « la prédisposition spéciale », cette explication banale de tout ce qui nous échappe en étiologie.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES PSEUDO-CHANCRES INDURÉS

par M. HUMBERT.

Dans la séance du 10 juillet dernier, M. Du Castel a communiqué à la Société une étude sur l'étiologie des pseudo-chancres indurés. Il a conclu en disant qu'il serait tenté de diviser ces pseudo-chancres, d'après leurs causes, en deux classes : les uns survenant spontanément, les autres provoqués par une irritation locale, commune ou spécifique, telle qu'une balano-posthite, un herpès, un chancre simple.

Les observations citées par notre collègue à l'appui de cette proposition sont peu nombreuses, elles n'ont pas toutes une valeur indiscutable ; la distinction qu'il introduit dans l'étiologie des pseudo-chancres n'en est pas moins légitime. On peut dire qu'elle s'impose d'elle-même ; elle est si rationnelle qu'elle n'aurait pas besoin, pour être acceptée, du témoignage des faits.

Tous les syphilomes, quel que soit leur siège, quelle que soit la date de leur apparition, sont identiques, c'est-à-dire qu'ils ont la même nature, les mêmes caractères anatomiques fondamentaux. Or, de l'identité des effets il est permis de conclure à celle des causes ; il est donc naturel de supposer, d'admettre en principe, même sans le contrôle de l'observation, que l'étiologie des syphilomes est la même pour tous.

Les manifestations de la syphilis sont la plupart du temps spontanées ; nous appelons ainsi celles dont la cause nous échappe, ou qui se développent sous une influence générale qui n'explique pas leur localisation. Mais, toutes réserves faites sur des coïncidences possibles, plus fréquentes peut-être qu'on ne le croit, sur des causes qui n'existent souvent que dans l'esprit des malades, il est indéniable que, dans certains cas, ces manifestations succèdent à des lésions inflammatoires ou traumatiques ; elles apparaissent alors au siège même de l'irritation ou de la blessure. Tous les syphilomes sont donc tantôt spontanés, tantôt provoqués par une cause locale accidentelle ; tous sont soumis à cette dualité étiologique, reconnue depuis longtemps, et qui d'ailleurs n'a rien de propre à la syphilis, car on la retrouve dans nombre d'autres maladies générales parmi lesquelles se place, au premier rang, la tuberculose.

Je ne puis donc pas dire, avec M. Du Castel, que l'étiologie des pseudo-chancres indurés est des plus obscures ; elle n'est ni plus ni moins obscure que celle des autres syphilomes, elle est exactement la même.

Les pseudo-chancres, en effet, c'est-à-dire les syphilomes génitaux simulant l'accident primitif, ne diffèrent en rien de ceux qu'on peut rencontrer dans toute autre région, si ce n'est par quelques caractères objectifs. On aurait tort de leur conserver une individualité qu'ils n'ont due qu'à une fausse doctrine, édifiée sur des erreurs de diagnostic. M. Fournier a démontré, il y a vingt-deux ans déjà, qu'ils n'étaient pas causés par une réinfection ; et, d'autre part, la doctrine de l'unité des syphilomes, vraie celle-là, nous a appris à ne plus nous étonner des ressemblances qu'on observe parfois entre les accidents les plus tardifs et les plus précoces. On ne peut plus dire, aujourd'hui, que les pseudo-chancres se produisent, par une sorte de préférence inexpiquée, sur les parties génitales ; en réalité, on peut en voir partout : il n'est pas de vulgaire poussée de syphilides papuleuses où, en y regardant de près, on ne trouve quelques éléments absolument analogues à certains chancres, et qui, envisagés isolément, ne sauraient en être distingués.

Tout l'intérêt des pseudo-chancres indurés se borne actuellement à leur diagnostic ; encore n'y a-t-il pas lieu de le discuter, de chercher des caractères différentiels qui n'existent pas, qui ne peuvent pas exister, puisqu'il s'agit de lésions non pas analogues, mais absolument identiques. Ce diagnostic se fait à l'aide des commémoratifs, par la constatation des accidents concomitants ou ultérieurs ; autrement il est absolument impossible.

J'ajouterai que, si les accidents tertiaires revêtent parfois la forme de l'accident primitif, il est au moins aussi fréquent, sinon plus, de voir celui-ci simuler une manifestation tertiaire ; et le diagnostic présenterait les mêmes difficultés si, en l'absence de tout renseignement, on se trouvait en présence d'un de ces chancres térébrants qui offrent l'image la plus parfaite de la gomme ulcérée. A tel point qu'il serait très légitime de créer, à côté de la classe des pseudo-chancres tertiaires, celle des pseudo-gommes primitives, s'il n'était infiniment préférable de simplifier de plus en plus la nomenclature trop encombrée des manifestations de la syphilis, loin d'y introduire de nouvelles et inutiles divisions.

Mais je ne veux pas insister sur ces généralités ; je reviendrai seulement sur deux points de la communication de M. Du Castel : le siège des pseudo-chancres indurés ; la tendance à l'induration des lésions accidentelles chez les syphilitiques.

Tous les observateurs, dit-on, ont remarqué que les pseudo-chancres se produisaient le plus souvent au siège de l'accident primitif ou dans son voisinage immédiat. Ce rapport de cause à effet entre des accidents souvent si distants me semble plus apparent que réel. En théorie, rien ne l'explique d'une manière satisfaisante ; si, dans les premiers

temps de la syphilis, on comprend que l'induration primitive récidive sur place (et c'est ainsi qu'on la voit quelquefois devenir le siège d'une véritable hypertrophie secondaire, alors qu'elle était peu marquée au début), il n'en est plus de même pour les poussées tardives; il est difficile de concevoir que la place d'un chancre qui a pu être très petit, de courte durée, demeure au bout de quinze ou vingt ans le foyer d'une agglomération particulière de microbes, tandis qu'il n'en est rien dans des points qui, à la période secondaire, ont été le siège, pendant un temps autrement long, et souvent à plusieurs reprises, de syphilomes autrement étendus en surface et en profondeur. Laissons de côté les suppositions, et voyons ce que l'observation nous enseigne : la prédisposition due à l'accident initial devient encore moins soutenable. En effet, les chancres syphilitiques génitaux (chez l'homme) sont aux chancres extra-génitaux dans la proportion de plus de 96 0/0 ; presque tous (83 0/0) occupent l'extrémité de la verge, prépuce, gland, rainure, c'est-à-dire le siège habituel des pseudo-chancres. Or, d'autre part, sur le chiffre considérable de 3,429 cas d'accidents tertiaires, M. Fournier n'a pu en relever que 157, c'est-à-dire moins de 5 0/0, relatifs à des syphilomes des parties génitales; encore est-il permis de croire que tous n'étaient pas des pseudo-chancres indurés. Pourquoi donc, si l'accident primitif était réellement une cause prédisposante des pseudo-chancres, ces derniers seraient-ils si rares; rares d'une manière absolue, car on en voit peu, rares par rapport aux syphilomes tertiaires de tant d'autres régions où le chancre est exceptionnel, où on ne le rencontre même jamais? N'est-il pas plus simple de reconnaître que lorsqu'un syphilome se développe sur un terrain aussi étroitement limité que l'extrémité du pénis, il y a des chances pour qu'il ait le même siège que l'accident primitif, et que, dans tous les cas, il doit infailliblement se trouver dans son voisinage immédiat?

J'arrive au second point, beaucoup plus important, à l'induration des lésions accidentelles chez les syphilitiques, ou, pour parler plus exactement, à la tendance qu'ont ces lésions à provoquer sur place un syphilome qui les double, en quelque sorte, et leur donne cette apparence d'induration.

On observe des faits de ce genre, c'est indiscutable; mais il faut se garder d'exagérer leur fréquence. Bien souvent, on peut même dire la plupart du temps, les lésions accidentelles, inflammatoires ou traumatiques, communes ou spécifiques, évoluent chez les syphilitiques comme chez les sujets sains. Et alors même qu'elles provoquent la naissance de syphilomes, ceux-ci sont loin d'être toujours durs; cela est si vrai qu'aux parties génitales, quelle que soit la cause des accidents tertiaires, ceux qui simulent le chancre simple sont certainement plus communs que ceux qui ressemblent au chancre induré.

D'autre part, il ne faut pas oublier qu'il y a nombre de lésions qui s'indurent, spécialement dans certaines régions, même chez les sujets non

syphilitiques, et cela spontanément sans l'intervention d'une irritation accessoire quelconque. Tel est, en particulier, le cas des chancres simples.

Rien n'est plus commun que leur induration ; je dis induration et non dureté inflammatoire, empatement ; induration nette, bien limitée, à tel point que le diagnostic, les yeux fermés, par la palpation seule, serait absolument impossible, qu'il est même parfois difficile avec un examen complet du malade, et qu'on peut être obligé en dernier ressort d'avoir recours à l'inoculation. Or, il est remarquable que cette induration des chancres simples s'observe précisément dans la rainure ou dans son voisinage, c'est-à-dire au siège de prédilection des pseudo-chancres indurés ; il est remarquable aussi que c'est dans ce même point que les chancres syphilitiques présentent, en général, leur maximum d'induration. Les indurations profondes, noueuses, ligneuses, n'y sont-elles pas plus communes qu'ailleurs, qu'au fourreau de la verge, par exemple, où l'on observe surtout l'induration superficielle, parcheminée ?

A quoi tient cette particularité ? A la structure de la région. Un néoplasme inflammatoire, spécifique ou non, sera d'autant plus limité, d'autant plus étendu en profondeur et moins en surface, par conséquent d'autant plus épais et plus dur, que l'inflammation se propagera avec moins de facilité. C'est ce qui se passe dans les régions où le tégument adhère directement aux tissus sous-jacents, fait corps avec eux sans l'intermédiaire d'une couche celluleuse qui se prête à la diffusion de l'inflammation. C'est ce qui explique la tendance à l'induration de toutes les lésions de la rainure, même d'une simple cautérisation avec laquelle on crée de toutes pièces une induration pseudo-chancreuse, alors qu'en un autre point elle eût à peine produit une rénitence étalée et superficielle. Il en est de même, d'ailleurs, dans toutes les régions à structure analogue. N'est-ce pas ainsi qu'à la langue, de simples écorchures d'origine dentaire s'indurent si rapidement et quelquefois si profondément qu'elles peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic ?

Je crois donc, en résumé, qu'il ne faut pas se hâter de tirer des conclusions de tous les faits qu'on peut observer, surtout lorsqu'ils ne sont pas à l'abri de toute critique, ni voir de parti pris des indurations syphilitiques là où il n'y a peut-être que des indurations communes chez d'anciens syphilitiques.

Les deux premiers cas cités par M. Du Castel, qui ont trait à des chancres simples *supposés* de la rainure, mais non absolument vérifiés, ne me semblent pas suffisamment probants. Les deux autres se rapportent bien à des chancres simples, l'inoculation l'a prouvé ; mais s'agit-il de chancres simples *durs*, — et ils siégeaient aussi dans la rainure, — ou de chancres simples doublés d'un syphilome, par ce seul fait que les malades étaient syphilitiques ?

J'admets cette hypothèse, bien loin, je le répète, de nier le réveil de la diathèse sous l'influence d'une irritation locale. Mais pour avoir une

conviction mieux assise, pour poser des conclusions justifiées et inattaquables, il faudrait, et ce serait chose possible, établir une statistique démontrant que l'induration des chancres simples est plus commune chez les anciens syphilitiques que chez les sujets sains. Et je parle des chancres simples de toutes les régions, indistinctement, car on ne saurait admettre que le réveil des syphilomes soit le privilège de ceux de l'extrémité du pénis. Trouvera-t-on beaucoup d'exemples de ces indurations en dehors de la rainure balano-préputiale? Pour ma part, je n'en ai jamais rencontré; sur le fourreau, où la peau est si mince, doublée d'un tissu cellulaire si lâche, je n'ai jamais vu, même chez d'anciens syphilitiques, un seul chancre simple induré, non seulement aussi dur que ceux de la rainure, mais présentant même cette induration parcheminée qu'on serait en droit d'attendre si, là comme ailleurs, l'ulcère chancreux se doublait d'un néoplasme syphilitique.

A l'appui des considérations qui précèdent, je citerai l'observation d'un syphilitique qui a eu successivement et à diverses reprises des chancres simples et des pseudo-chancres indurés.

M. X..., âgé de 46 ans, d'une bonne santé habituelle, a contracté la syphilis en 1866.

Le chancre, un peu térébrant, occupait le milieu de la face dorsale du gland, il a laissé une petite cicatrice légèrement déprimée. Comme accidents secondaires, roséole, quelques rares papules cutanées, syphilides du cuir chevelu, plaques muqueuses de la gorge.

Dans le cours des deux premières années, M. X... soigné par Ricord, prit environ 500 pilules de protoiodure de 5 centigr., et un peu d'iodure de potassium.

Cinq ans après le début de la maladie, en 1871, M. X... fut atteint de nodi des corps caverneux. C'est sous cette forme que se manifestèrent, pour la première fois, les accidents du côté des organes génitaux, qui devaient se renouveler si souvent.

En 1873, petits syphilomes de la base du gland et de la rainure, très superficiels, plutôt érosifs qu'ulcéreux, persistant ou se reproduisant pendant plusieurs mois (M. X... dit qu'il supporte mal l'iodure, et, malgré les prescriptions qui lui sont faites, il n'en prend que d'une manière très irrégulière).

En 1878, chancre simple de la face interne du prépuce, au voisinage du frein; ce chancre reste absolument mou pendant toute sa durée. Il s'accompagne d'un bubon, du côté droit, qui suppure et s'ouvre spontanément. Le bubon à peine cicatrisé, explosion de syphilides papulo-tuberculeuses à la racine de la cuisse droite, très tenaces, et qui ne cèdent qu'à un traitement méthodique et ininterrompu.

En 1882, deuxième chancre simple, chancre *mou*, bien plus étendu que le premier, siégeant au milieu de la face dorsale du fourreau de la verge. Bubon gauche, suppuré et ouvert spontanément, comme le précédent, et

suivi également d'une poussée de syphilides tuberculeuses sur le fourreau, le scrotum et le pubis.

En 1885, c'est-à-dire 19 ans après l'accident primitif, M. X..., au mois de mai, se livre à un coït suspect. Vingt-cinq jours plus tard, très exactement, apparition, au côté droit de la rainure, d'une petite érosion, superficielle, reposant sur une base résistante ; elle augmente peu à peu d'étendue, se creuse légèrement en godet, en même temps que l'induration devient nettement chondroïde ; en un mot, c'est un véritable chancre syphilitique, c'est un type, à tel point que, si l'on ne connaissait pas les antécédents du malade, il serait impossible de porter un autre diagnostic. L'erreur serait d'autant plus facile que les ganglions inguinaux sont assez volumineux, non qu'ils aient augmenté à la suite du pseudo-chancre, mais depuis longtemps ils sont restés plus gros qu'à l'état normal, tout en conservant leur mobilité et une indolence complète.

Deux ans plus tard (1887), un second pseudo-chancre se développe, sans cause apparente, du côté gauche de la rainure. Je me borne à le signaler ; il présente absolument les mêmes caractères que le précédent.

En 1888, M. X..., n'ayant aucune espèce d'accidents, se marie ; il devient père d'un enfant qui est, aujourd'hui, en parfaite santé.

Mais, l'année suivante (1889) réapparition des syphilides génitales : syphilides très superficielles du gland, à forme de taches rouges, un peu saillantes, parfois légèrement érosives. Puis, en 1890, pendant les six premiers mois, trois nouvelles poussées successives de syphilides, au côté gauche et à la base du gland, au voisinage du méat. Cette fois, elles sont nettement chancriformes, c'est-à-dire qu'elles simulent à s'y méprendre le chancre simple ; contours irréguliers, bords nettement entamés, fond jaunâtre, marche serpentineuse, rien n'y manque. Elles finissent, sous l'influence du traitement, par disparaître sans laisser de traces sensibles.

Enfin, au mois de novembre dernier, troisième pseudo-chancre induré, siégeant au côté droit de la couronne du gland, actuellement en voie de cicatrisation.

J'ajouterai que pendant que M. X... éprouvait ces accidents successifs et si répétés du côté des organes génitaux, il a toujours joui d'une parfaite santé, à part quelques indispositions passagères et sans importance, et qu'il n'a jamais présenté, dans aucune autre région, la moindre manifestation syphilitique.

On peut relever, dans cette observation, plusieurs points intéressants :

La syphilis s'est réveillée, à deux reprises, sous l'influence de lésions inflammatoires ; le premier bubon a été suivi d'une poussée de syphilides tuberculeuses ; il en a été de même pour le deuxième chancre simple : mais jamais ces syphilides n'ont occupé le siège même de la lésion ; elles se sont développées dans son voisinage, dans la zone morbide.

Les deux chancres simples ont évolué comme chez un sujet sain ; ils

sont restés mous, absolument mous. Il est à remarquer qu'ils ne siègeaient ni l'un ni l'autre dans la rainure.

Le premier des pseudo-chancres est survenu 25 jours après un coït suspect ; c'est un exemple de ces coïncidences qui ont contribué à l'établissement de la doctrine des véroles doubles. Les deux autres sont survenus sans raison appréciable. Aucun de ces pseudo-chancres ne s'est développé à la même place que l'accident primitif.

Enfin, cette observation met encore en lumière un point bien autrement important, mais sur lequel je ne puis insister, car ce serait sortir de mon sujet ; elle nous offre un exemple très remarquable de ces déterminations de la syphilis, qui s'empare d'une région, d'un organe, s'y fixe et n'en bouge plus. Voilà un malade qui, depuis près de vingt ans, a toujours quelque chose aux parties génitales. Une poussée se produit, elle cède au traitement ; une autre la remplace, toujours au même point, jamais ailleurs. C'est ainsi qu'on voit la syphilis se fixer tantôt sur les téguments, à la face, sur le tronc, sur les membres, tantôt à la langue, à la verge, à l'anus, qu'on la voit occuper, en un mot, un lieu d'élection, où elle se confine, où elle se reproduit pendant des années, mais sans en sortir ; et cette activité incessante en un point donné est bien loin d'être une raison pour supposer que le malade est plus exposé qu'un autre à quelque nouvelle manifestation superficielle ou profonde, soit sur un autre point du tégument externe, soit dans les viscères.

Je tenais à appeler l'attention, à l'occasion de l'observation que j'ai citée, sur les faits de ce genre, très communs et certainement très connus, mais sur lesquels il me semble qu'on n'a jamais beaucoup insisté.

M. FOURNIER. — La communication de M. Humbert est des plus intéressantes. Ce qu'on a appelé pseudo-chancres indurés n'est simplement qu'un accident banal, vulgaire de la syphilis et qui prend, pour des raisons de siège, de durée, l'aspect du chancre lui-même ; c'est ainsi que dans bien des cas on a pu présenter des faits de cette nature comme des exemples de syphilis renouvelée. Dans bien des cas il a été possible de démontrer la non possibilité d'une réinoculation, par exemple le fait d'un malade porteur d'une lésion de cette nature et qui depuis plus de 2 ans n'avait eu aucun rapport avec une femme. J'ai il y a 22 ans, alors que mon éducation n'était pas faite à cet égard, créé le mot pseudo-chancres, c'est une erreur, le mot est mauvais. Je le répète, ce n'est qu'une lésion banale, qui, à cause de son siège, prend l'aspect du chancre.

La reproduction chez certains syphilitiques de lésions toujours au même siège est fréquente et n'est pas un des côtés le moins intéressant de l'histoire de la syphilis. Un accident survient en une région, on le guérit ; 3 mois après, apparition au même point d'une autre lésion, que l'on guérit encore, puis de nouveau, apparition d'un autre accident quelques mois plus tard,

et ainsi de suite, avec une persistance que dans bien des cas rien ne peut vaincre. Les lèvres, la bouche, semblent des lieux d'élection de ces syphilides récidivantes in situ. J'ai donné mes soins à une jeune femme qui eut la syphilis il y a 10 ans. Quelques temps après le début de sa syphilis, elle présenta une syphilide de la lèvre. Je pus la guérir, mais depuis ce temps, tous les 2 ou 3 mois, la même syphilide reparait au même point pour disparaître par le traitement. Avec le D^r Barthélemy, nous avons soigné une syphilide de la langue, présentant la même persistance. Je citerai aussi un malade qui a présenté sur le frontal une exostose qui a récidivé 14 fois. C'est là un des points les plus curieux de l'histoire de la syphilis et sur lequel M. Humbert vient avec juste raison d'appeler l'attention.

M. HUMBERT. — Je peux encore citer 3 exemples du même ordre. Un jeune homme syphilitique depuis 7 ans a présenté vers cette époque une gomme de la langue, qui, depuis de longues années, ne disparaît que momentanément. Deux malades de mon service, présentent, l'un, qui m'a été adressé par M. Du Castel, une syphilide ulcéreuse de la face datant de plusieurs années, l'autre de petites syphilides du cuir chevelu récidivant depuis 11 ans.

M. MOREL LAVALLÉE. — Dans les cas de pseudo-chancres que vient de citer M. Humbert, je demanderais quel était l'état des ganglions ?

M. HUMBERT. — Ces pseudo-chancres ne doivent pas s'accompagner d'adénopathie. Néanmoins, dans bien des cas, ils peuvent agir comme une lésion commune, ou aussi coexister avec une adénopathie existant avant leur apparition ; dans ces deux cas, il est possible de trouver des pléiades ganglionnaires.

M. BARTHÉLÉMY. — En Allemagne, en Italie surtout, les ulcérations qui récidivent et s'indurent ont été prises pour des syphilis récidivantes. Les exemples en sont nombreux et le Musée de St-Louis en fournit de beaux spécimens, mais pour les distinguer, on a eu soin de les désigner sous le nom d'*ulcérations chancrifformes*. J'ajouterai un point particulier ; les syphilides réapparaissant ainsi ne font pas nécessairement des lésions profondes ; souvent ce ne sont que des érosions superficielles, atténuées ; mais toujours localisées comme siège, sans entraîner la coexistence de manifestations en d'autres points.

M. FOURNIER. — Aux faits que j'ai déjà cités, je demande à ajouter l'observation d'une jeune femme qui a été prise 5 fois d'accidents gommeux du voile du palais, que l'on a constamment guéris, mais qui, de proche en proche et de récidives en récidives, ont fini par enlever le voile

du palais, et créer une véritable atrésie gutturale que dut opérer M. le professeur Duplay.

Il n'y a pas, ainsi que vient de le dire M. Barthélemy, que les accidents tertiaires qui récidivent, mais aussi les secondaires. Ainsi, certaines glossites exfoliatrices causent un véritable désespoir; elles ne guérissent qu'avec de grandes difficultés et sitôt guéries, récidivent tous les 2 ou 3 mois, malgré les soins, malgré la suppression des irritants, de l'alcool, du tabac, etc. Le seul procédé qui semble m'avoir donné quelque résultat thérapeutique, est l'accentuation des doses médicamenteuses. Il faut faire un véritable traitement intensif; 0,10 c., 0,15 c., 0,20 centigr. de protoiodure, peuvent parfois donner la guérison. Malheureusement, les malades, souvent ne peuvent tolérer ces fortes doses; les gencives, l'estomac, protestent, et il faut dans bien des cas, s'avouer vaincu. C'est une lacune dans nos connaissances, et certaines de ces syphilides ne peuvent être guéries.

M. JULLIEN. — Parmi les syphilides localisées, tenaces et d'une durée indéfinie, je pense qu'il faut faire une place spéciale à celles qui se cantonnent dans la région de l'épaule et celle du sternum. En 1874, au cours de mon travail sur *l'Étiologie de la syphilis tertiaire*, j'avais déjà insisté sur cette sorte d'accident, que j'avais rencontrée surtout chez les sujets atteints de syphilides ignorées et n'ayant subi aucun traitement. Cependant le cas contraire peut se présenter, et je puis citer l'exemple d'un malade que je soigne actuellement avec le D^r Laugier et qui, dès le début de l'infection a été soumis à des doses considérables de mercure. Depuis 5 ans 1/2 on peut dire que le traitement n'a pour ainsi dire jamais cessé, et cependant il a la région gauche de la poitrine ravagée par une syphilide serpigneuse terrible et presque rebelle à tout traitement.

Une chose cependant vient adoucir le pronostic chez ces malades, c'est que très généralement ils sont et restent indemnes de lésions en d'autres points, et surtout de lésions viscérales. C'est du moins le résultat de mon observation qui porte sur un nombre fort notable de sujets.

Si peu expliquées que soient jusqu'ici les localisations, il n'est pas douteux que nous n'ayons à compter avec des réserves microbiennes ou virulentes, soumises à des réveils qui peuvent être fort rapprochés, mais qui parfois s'espacent singulièrement, et c'est là un point sur lequel je m'écarterai de l'opinion de M. Humbert. Je pense en effet qu'une lésion antérieure crée un foyer susceptible d'être réchauffé après quelques mois, et parfois de nombreuses années. La pathologie générale abonde en exemples de ce genre, et c'est un dogme de la chirurgie que cette possibilité de reproduction des vieilles ostéites, après 15, 20 ans, 40 ans comme dans un cas de M. Lannelongue et 62 dans un cas de M. Labbé. Ces données sont parfaitement applicables à la syphilis, et je pense qu'elles apportent quelque clarté dans l'interprétation des phénomènes qui nous occupent aujourd'hui.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU 12 FÉVRIER

I. — *Présentation de Malades.*

- M. HALLOPEAU : Malades atteints de lupus et traités au moyen de la lymphé de Koch.
M. TENNESON : Cas de dermite bulleuse.
M. HALLOPEAU : Cas de nodosités sous-cutanées d'origine iodique.
M. FEULARD : Syphilis méconnue, vaste tumeur gommeuse de la cuisse.
M. BARTHÉLEMY : Nouveau cas de folliculites disséminées et généralisées, de la variété des Acnitis.

II. — *Communications.*

- MM. BESNIER, QUINQUAUD, HALLOPEAU : Résultats des travaux de la commission des médecins de l'hôpital Saint-Louis, concernant l'emploi de la lymphé anti-tuberculeuse de Koch.
MM. HALLOPEAU et JEANSELME : Sur un cas de farcin chronique terminé par mort aiguë.
MM. BROcq et JACQUET : Note sur le lichen simplex chronique (lichen circumscriptus des anciens auteurs).
M. PAUL RAYMOND : Une observation de syphilis conceptionnelle.
M. MOREL-LAVALLÉE : Un mot à propos des variétés cliniques des lymphangites infectieuses.

III. — *Travaux adressés par des auteurs étrangers à la Société et devant être lus en résumé, après avis conforme du Comité de Direction.*

- M. DJELALED-DIN-MOUKHTAR : Un cas de lichen plan unilatéral gauche, ne dépassant pas la ligne médiane.
M. le Dr BARBE : Paralysie des deux bras chez un syphilitique héréditaire.

SÉANCE DU 12 FÉVRIER 1891

Présidence de MM. Ernest Besnier et A. Fournier.

SOMMAIRE. — A propos du procès-verbal : M. HALLOPEAU, M. LAILLER. — Syphilis ignorée et méconnue. Vaste tumeur gommeuse de la cuisse, datant de deux ans, et guérie en deux mois par le traitement spécifique, présentation de malade, par M. FEULARD. — Périostite du temporal avec myosite du temporal et du masséter, vraisemblablement d'origine syphilitique, présentation de malade, par M. DUGUET. (Discussion : M. Fournier.) — Syphilis secondaire et pityriasis rosé, présentation de malade, par M. A. RENAULT. (Discussion : MM. Ernest Besnier, Fournier.) — Nouveau cas d'acné, présentation de malade, par M. BARTHÉLEMY. — Chancre syphilitique; lymphangite moniliforme, présentation de malade, par M. BARTHÉLEMY. — Note sur la méthode de Koch, appliquée au traitement des tuberculoses tégumentaires en général et des lupus en particulier, par M. E. BESNIER. — Sur l'emploi thérapeutique de la lymphe de Koch, par M. HALLOPEAU. — Une observation de syphilis conceptionnelle, par M. P. RAYMOND. (Discussion : MM. E. Besnier, A. Fournier.) — Traitement abortif des bubons par des injections de benzoate de mercure, par M. E. WELANDER. — Cas de lichen plan unilatéral, par M. DJELAL-MOUHETAR. — Paralysie des membres supérieurs chez une petite fille atteinte de syphilis héréditaire, par M. BARBE.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

M. HALLOPEAU. — Conformément à nos prévisions, le malade que j'ai présenté comme atteint de dermatite herpétiforme en cocarde, a succombé. L'autopsie pratiquée par M. Jeanselme a donné les résultats suivants : 1° les reins sont volumineux; ils présentent une congestion extrêmement intense, il y a des extravasations sanguines en plusieurs points; 2° au microscope, on constate : a) une *sclérose rénale avancée et ancienne* constituée par du tissu fibreux adulte, occupant la périphérie des vaisseaux, des capsules de Bowman, des tubes contournés dont certains contiennent des cylindres colloïdes; b) une infiltration de *cellules em-*

bryonnaires et une *suffusion d'hématies* en quelques points, dénotant une poussée suraiguë récente.

M. LAILLER montre les aiguilles à vacciner dont il a parlé à la dernière séance.

SYPHILIS IGNORÉE ET MÉCONNUE. VASTE TUMEUR GOMMEUSE DE LA CUISSE DATANT DE DEUX ANS ET GUÉRIE EN DEUX MOIS PAR LE TRAITEMENT SPÉCIFIQUE,

Par HENRI FEULARD.

Dans la dernière séance, j'avais l'honneur de vous présenter un jeune enfant syphilitique atteint de lésions tellement caractéristiques, qu'elles permirent en dehors de tout renseignement de les rapporter à l'hérédosyphilis et d'affirmer chez le père et la mère de cet enfant l'existence d'une syphilis jusque-là ignorée d'eux, syphilis méconnue et non traitée qui avait été la cause de quatre avortements avant la naissance de ce petit malade.

Le cas que je vous soumetts aujourd'hui n'est pas sans analogie avec le précédent ; une syphilis, ici encore ignorée et méconnue, va provoquer quatre avortements et la naissance d'un enfant hérédosyphilitique ; mais de plus, grâce à cette syphilis ignorée et méconnue, le malade que je vous présente a failli perdre l'un de ses membres. Atteint d'une énorme tumeur gommeuse de la cuisse dont la nature n'a pas été reconnue, on lui a proposé l'amputation dans l'hôpital où il était entré d'abord et peu s'en est fallu que l'opération n'ait été faite. Je proteste à l'avance, ai-je besoin de le dire, contre toute intention de malignité qu'on pourrait attribuer à ce récit ; en matière de syphilis, les erreurs de diagnostic entraînant une intervention chirurgicale ne sont pas rares ; quelques-unes sont rapportées dans les traités classiques. Je vous rappellerai seulement, à cause de sa ressemblance avec le cas actuel, le fait rapporté par M. Le Dentu au Congrès de 1889 et relatif à un de nos confrères à qui trois professeurs de la Faculté avaient conseillé l'amputation de la jambe pour un sarcome supposé et qui guérit avec le traitement spécifique. Puisque de pareilles erreurs peuvent être commises par les cliniciens les plus expérimentés, il y a donc intérêt à connaître des faits de ce genre ; car, qui est assuré de ne jamais commettre une erreur de diagnostic. Et l'on va voir que dans le cas présent, et au moment où l'erreur a été commise, il y avait beaucoup de raisons pour qu'elle pût l'être.

Notre malade, A... R., actuellement âgé de 39 ans, nie tout antécédent syphilitique et ne présente en dehors de sa lésion actuelle aucun stigmate de syphilis.

Il y a deux ans, en décembre 1888, il a commencé à ressentir dans la cuisse gauche des élancements douloureux, mais assez profonds; jusqu'au mois de juin de l'année 1890, c'est-à-dire pendant près de dix-huit mois, il affirme n'avoir remarqué aucun changement dans l'état de la peau, ni dans le volume du membre.

Le 1^{er} juin 1890, il fait une chute peu importante; il manque en descendant d'une échelle les derniers échelons et sa jambe gauche est soumise à un violent effort. Le soir même il ressent de la douleur dans le genou et dans la cuisse gauches, constate les jours suivants que celle-ci a augmenté de volume, en même temps qu'apparaissait une vaste ecchymose.

Le malade se rend à un hôpital pour y consulter un chirurgien. Le titulaire du service étant absent, le chirurgien du Bureau central qui faisait le service fit entrer le malade en lui disant qu'une opération était nécessaire; la cuisse était, paraît-il, très enflée et de couleur violacée. Quel diagnostic fut posé; peut-être celui d'une tumeur vasculaire, d'un anévrysme traumatique, car le malade rapporte qu'on ausculta sa cuisse « pour y entendre des battements ». Toutefois le titulaire du service, étant rentré peu de jours après, il y eut consultation entre les deux chirurgiens et toute opération fut ajournée. Le malade partit: on lui ordonna d'appliquer un large emplâtre de belladone (28 cent. $\times$ 32), de prendre 4 gouttes de liqueur de Fowler à chaque repas, et des pilules d'opium pour la nuit.

Rappelons que le malade, ignorant lui-même de sa syphilis, ne pouvait aider au diagnostic. Cependant les souffrances persistaient nuit et jour, avec des intervalles d'accalmie pendant lesquels il travaillait encore.

Après un mois du traitement ordonné, voyant qu'il n'obtenait aucun résultat, lassé, le malade retourne au même hôpital décidé à réclamer lui-même une opération. C'était en pleines vacances; le hasard le fait entrer dans un service de chirurgie différent de celui où il avait été admis une première fois.

La cuisse était restée fort volumineuse et dure; seulement la peau était moins violacée, l'ecchymose étant en voie de disparition. Le chirurgien du Bureau central qui faisait ce service et qui n'était pas le même que celui qui avait vu le malade la première fois crut sans doute à quelque volumineuse tumeur maligne de la cuisse, si bien qu'après quelques jours d'examen il déclara au malade qu'il se voyait dans la nécessité de lui proposer l'amputation.

Pris de peur, le malade quitte l'hôpital et va se mettre entre les mains d'un empirique. Celui-ci applique naturellement sur la fameuse tumeur une pommade plus ou moins irritante (du 25 septembre au 24 octobre), et au bout d'un mois, à la grande satisfaction du malade, le mal aboutit. C'est-à-dire qu'en trois ou quatre points, il est catégorique sur ce fait, la peau s'ulcère et que ces ulcérations s'agrandissant peu à peu forment une vaste ulcération, auprès de laquelle apparaît bientôt un autre ulcère plus petit composé primitivement, lui aussi, de deux ulcérations.

Le malade retourne alors au même hôpital, trouve le chirurgien titulaire du

second service auquel il montre sa cuisse et celui-ci lui propose d'entrer de nouveau afin qu'on puisse étudier et suivre sa maladie.

Le malade s'y refuse, redoutant sans doute encore quelque nouvelle proposition d'opération et vient à une des consultations de chirurgie de l'hôpital Saint-Louis (10 décembre) ; on lui ordonne, sans autre détail, de la pommade mercurielle à mettre sur les plaies, et deux cuillerées à café de la solution d'iodure de potassium à prendre chaque jour. En huit jours avec ces doses minimales une amélioration se produit cependant et quand le malade retourne à la consultation, M. Lucas-Championnière établissant le diagnostic réel de sa maladie lui indique de venir le samedi à la consultation de M. le professeur Fournier.

Le malade entra donc à la salle Saint-Louis le 29 décembre 1890. Son état au moment de son entrée était celui qui est représenté sur ce moulage de M. Baretta. (Musée. Coll. générale, n° 1568)

La cuisse gauche, très augmentée de volume, présente sur le milieu de sa face antéro-externe deux ulcérations.

L'une, la plus grande, de forme ovale disposée transversalement, mesure 7 centimètres dans son plus grand diamètre. Les bords sont durs, élevés en bourrelet ; le fond, détergé et granuleux au centre, est recouvert vers les deux extrémités de l'ovale par deux eschares noirâtres épaisses et adhérentes.

Un peu au-dessous de cette première ulcération en existe une deuxième en forme de croissant, formée vraisemblablement par la réunion de deux ulcères primitifs, le fond est bourbillonneux, les bords répètent la disposition des bords de la grande. En somme, type d'ulcères gommeux en voie d'éliminer leurs bourbillons.

La peau, autour de ces ulcérations, est rouge violacée, gonflée et tendue, elle ne glisse pas sur les parties sous-jacentes. Par la palpation on détermine une masse volumineuse, dure, faisant corps avec l'os, non mobile ; la pression est relativement peu douloureuse.

La circonférence de la cuisse à ce niveau mesure 8 centimètres de plus que la cuisse du côté opposé (42 cent. à gauche ; 34 à droite).

En l'absence de M. le professeur Fournier, nous n'hésitâmes pas, malgré les dénégations du malade et l'absence absolue de renseignements, à poser le diagnostic de tumeur gommeuse, tumeur gommeuse du muscle triceps, s'étant fait jour vers l'extérieur et ayant ulcéré la peau, diagnostic qui ressortait de l'objectivité des ulcérations cutanées, de la marche lente des accidents, de leur peu de douleur et que contribuait à indiquer l'amélioration survenue à la suite des premières doses de traitement spécifique.

Celui-ci fut de suite institué ; et le malade prit progressivement deux, puis trois, puis quatre grammes d'iodure de potassium en même temps qu'on lui fit des frictions mercurielles.

Le résultat heureux ne se fit pas attendre ; je passe par-dessus le détail de la guérison qui se produisit dans l'ordre que voici : La petite tumeur située au-dessus de la grande ulcération et qui était devenue fluctuante prête à s'ouvrir disparut sans ulcération.

Les deux petites ulcérations inférieures se détergèrent rapidement, bourgeonnèrent et étaient cicatrisées, comme vous pouvez le constater aujourd'hui,

dès le 20 janvier. La grande ulcération mit un peu plus de temps à s'améliorer et la guérison ne fit de réels progrès qu'après l'élimination des deux grosses eschares noirâtres que vous voyez figurées sur le moulage et qui mirent une quinzaine de jours avant de se détacher. Mais une fois cette élimination, les plaies se mirent à bourgeonner par leur fond, tandis que les bords se ramollissaient et s'affaissaient.

Enfin, la cuisse peu à peu reprenait son volume normal et le muscle, sa mobilité ; aujourd'hui, vous pouvez voir que la cuisse est de même volume que la cuisse droite, que les parties molles sont devenues souples et mobiles et que la cicatrisation de la grande ulcération encore incomplète n'est plus qu'une affaire de jours. Le malade peut être considéré comme guéri ; le traitement aura duré deux mois environ ; les premiers symptômes paraissent remonter à un peu plus de deux ans.

La syphilis ne pouvait donc faire aucun doute ; et, convaincu de la nature de son mal, le malade, si tant est que ses dénégations fussent intéressées, n'avait plus aucune raison de nous tromper.

Or il a beau chercher dans ses souvenirs, il ne se souvient de rien ; la syphilis chez lui aura été assez bénigne à ses débuts pour passer, comme il arrive souvent, inaperçue. Rien qui nous permette d'en faire un syphilitique héréditaire.

Nous avons continué notre enquête et voici ce que nous avons trouvé :

La femme de ce malade vue par nous est bien portante et n'a jamais eu aucun accident spécifique à ce qu'elle sait ; elle n'en présente aucune trace.

Le mariage a eu lieu en 1879 ; et cette femme a fait successivement dans l'espace de trois ans quatre fausses couches ; la première au bout de 6 mois de ménage, fausse couche de 5 mois $1/2$; la seconde de 6 mois $1/2$; la troisième de 7 mois ; la quatrième, un an après, de 8 mois ; puis, après un intervalle de 18 mois après la dernière fausse couche, naissance d'un enfant actuellement vivant et que nous avons pu voir. Cet enfant aujourd'hui âgé de 7 ans est né avec une paralysie du bras droit et a présenté un mois après sa naissance une éruption généralisée de boutons ; il n'a marché qu'à 18 mois et a parlé à 2 ans. Pendant longtemps il a eu des écoulements d'oreille.

Aujourd'hui il a sa taille normale ; son crâne un peu aplati transversalement a des bosses frontales très saillantes ; le nez est aplati à sa racine ; pas de déformation du thorax, ni des membres ; quelques cicatrices à la partie inférieure du dos ; les testicules sont comme de gros haricots.

La dentition est en mauvais état ; il est vrai qu'elle est en voie de transformation.

Mâchoire inférieure. — Les deux incisives médianes, de deuxième dentition, ont un bord en scie ; les incisives externes ne sont pas encore repoussées. Les canines sont repoussées ; celle de gauche présente de nombreuses dépressions, et déjà un petit point de carie.

Les petites molaires internes (de première dentition) sont cariées ; la petite

molaire externe gauche est cariée, celle de droite est absente ; les premières grosses molaires de chaque côté sont *toutes deux cariées*.

Mâchoire supérieure. — Les incisives médianes présentent chacune un sillon transversal très net, elles sont dirigées en dehors et largement séparées l'une de l'autre ; les incisives externes manquent ; les canines qui sont encore de la première dentition présentent de nombreux sillons et sont cariées ; les premières petites molaires sont absentes ; les deuxièmes sont cariées. Les premières grosses molaires de *chaque côté sont cariées*.

Rien au voile du palais.

Cet enfant n'a jamais été soumis à la médication spécifique.

Ainsi, pour nous résumer, nous voyons chez cet homme une syphilis ignorée et par conséquent non traitée entraîner la conséquence suivante : dans le mariage et dans sa descendance, quatre fausses couches, un enfant syphilitique, la mère restée indemne, vraisemblablement protégée par la loi de Baumès ; puis sur le malade lui-même, en dehors de toute autre manifestation, production d'une tumeur gommeuse du triceps crural ; tumeur restée près de 18 mois indolente et presque latente, devenue douloureuse et volumineuse à la suite d'un traumatisme léger, méconnue et prise d'abord pour un anévrysme traumatique, puis plus tard pour un ostéo-sarcome, aboutissant à l'ulcération, reconnue enfin dans sa nature et guérie par le traitement spécifique. C'est à cause de ces divers points de vue que cette observation nous a semblé intéressante à faire connaître ; elle viendra s'ajouter au dossier de la syphilis ignorée et méconnue et montrer tout ensemble et les méfaits d'une syphilis ainsi non traitée et l'action toujours si merveilleuse dans ces cas du traitement spécifique.

PÉRIOSTITE DU TEMPORAL AVEC MYOSITE DU TEMPORAL ET DU MASSÉTER, VRAISEMBLABLEMENT DORIGINE SYPHILITIQUE

Par M. DUGUET.

Le malade que je présente est un garçon boucher, âgé de 32 ans, qui est entré dans mon service à l'hôpital Lariboisière, samedi dernier.

Il raconte que, dans le cours d'une santé en général très bonne, il a été pris depuis un mois environ de pesanteur de tête et de douleurs paroxystiques portant sur le côté gauche et s'accroissant chaque jour davantage vers le soir et pendant la nuit.

Depuis une quinzaine de jours il a remarqué que la mastication devenait de moins en moins facile, et que la région douloureuse se tuméfiait notablement.

Il ne consulta personne. Spontanément il appliqua sur la région temporale principalement saillante et douloureuse, un vésicatoire volant qui resta sans effet.

Actuellement voici ce qu'on observe :

La région temporale gauche offre une saillie arrondie qui contraste avec la dépression normale de la région temporale droite ; cette saillie a pour limites celles de la région elle-même, et s'étend jusqu'à l'arcade zygomatique. Elle ne s'y arrête pas, car elle descend visiblement au-dessous de cette arcade dans la région du masséter, de telle sorte que cette arcade est perdue dans la tuméfaction.

La peau qui la recouvre n'a subi aucune modification.

Au toucher, cette tuméfaction est de consistance pâteuse, ferme, élastique. On perçoit nettement à la région temporale que le muscle y participe, mais qu'il est soulevé par le périoste de la région, tuméfié lui-même, et plus résistant.

L'arcade zygomatique difficile à limiter, participe, elle aussi, à l'empatement.

En introduisant l'index de la main gauche dans la bouche, et en le conduisant en dehors des arcades dentaires, pour explorer le masséter gauche, on constate que ce muscle est singulièrement dur et épaissi ; et son empatement plastique, considérable au niveau de son insertion supérieure à l'arcade zygomatique, va diminuant progressivement pour cesser complètement au niveau de son insertion inférieure.

Point de douleur à la pression. Aucune fièvre.

Mais de cette altération des deux muscles releveurs de la mâchoire inférieure temporal et masséter, à gauche, il résulte un rapprochement des deux arcades dentaires permanent, et une limite étroite imposée à l'écartement des mâchoires, limite qui ne permet guère au malade, qui a conservé son appétit, que de prendre des aliments liquides, mous ou broyés d'avance. Bref, la mastication est devenue à peu près impossible, par le fait de la perte de contractilité à peu près complète des deux muscles intéressés dont le relâchement n'existe plus.

De quoi s'agit-il ici ?

Ce malade ne présente sur le corps aucune trace, aucun vestige appréciable d'une affection syphilitique ; il n'a été atteint que d'une fièvre intermittente en Tunisie où il était comme soldat, il y a huit ans. Il n'accuse qu'une chaudière en 1877. Mais en Tunisie il a, sans motif connu de lui, perdu tous ses cheveux, lesquels ont parfaitement repoussé depuis. Jamais il n'a subi de traitement antisyphilitique.

Dans ces conditions, la chute des cheveux il y a huit ans, la marche insidieuse des phénomènes morbides chez cet homme, les douleurs paroxystiques du soir qui en ont accompagné le développement, impossibilité pour moi de faire un autre diagnostic, me font penser chez lui

à l'existence d'accidents tertiaires d'une syphilis ignorée et vierge jusqu'ici de tout traitement, ayant porté son action sur le périoste du temporal y compris l'arcade zygomatique et ayant gagné de proche en proche en les infiltrant les deux muscles qui s'y attachent. Placés en dedans du crâne, au lieu de se montrer en dehors, ces engorgements eussent certainement donné lieu d'emblée aux accidents cérébraux que tout le monde connaît.

Ce fait me remet en mémoire un cas de myosite syphilitique tertiaire du masséter gauche que j'ai observé dans des conditions analogues, en 1875, à l'hôpital Temporaire, chez un adulte, et qui guérit à merveille par le traitement mixte.

J'ai commencé ici le traitement mixte par les frictions mercurielles à l'extérieur et par l'iodure de potassium à haute dose à l'intérieur.

Si mon opinion est la bonne, ce traitement ne tardera pas à agir, et j'aurai, j'espère, l'avantage de représenter bientôt ici ce malade et complètement guéri.

M. FOURNIER. — Les cas de myosite syphilitique du masséter sont rares ; j'en ai observé moi-même quatre ou cinq cas. Mais là n'est pas le seul intérêt de cette observation. Voici deux cas qu'on nous présente aujourd'hui, de syphilis ignorée ; or, on ne peut se dissimuler que les cas de ce genre deviennent de plus en plus nombreux. Est-ce parce que nous savons mieux reconnaître la syphilis ? Est-ce pour une autre cause ? De ces faits on peut, il me semble, donner cette explication : tantôt il s'agit de syphilis acquises méconnues ; tantôt de syphilis héréditaires se manifestant tardivement ; tantôt enfin, bien que le fait soit des plus rares, de syphilis héréditaire à la deuxième génération. La difficulté de trouver des observations confirmant cette troisième hypothèse est très grande. Je crois, pour ma part, avoir déjà été mis en présence de cas de syphilis à la deuxième génération ; mais le contrôle est difficile à faire ; à cet égard, le fait relaté par C. Boeck et publié dans les *Annales de Dermatologie* en 1889 (p. 782), me paraît presque démonstratif.

SYPHILIS SECONDAIRE ET PITYRIASIS ROSÉ

M. A. RENAULT présente une jeune femme atteinte de syphilis secondaire, avec chancre et roséole, et offrant en même temps une éruption de taches rosées desquamatives. S'agit-il dans ce cas d'une syphilide pity-

riasiforme, d'une véritable roséole squameuse, ou mieux n'y a-t-il pas chez cette malade coïncidence d'accidents syphilitiques et d'un pityriasis rosé de Gibert ? C'est vers ce dernier diagnostic qu'il incline.

M. A. FOURNIER. — Il ne s'agit pas ici d'une syphilide à la fois érythémateuse et pityriasiforme, mais d'une éruption de pityriasis rosé surajoutée à une roséole syphilitique.

M. E. BESNIER. — La coïncidence est d'autant plus intéressante qu'il arrive souvent qu'en pratique le pityriasis rosé de Gibert soit pris pour une éruption syphilitique ; ici les deux maladies sont réunies sur le même sujet. Le diagnostic de pityriasis rosé doit être fait par les seuls signes cliniques, par les signes d'objectivité, car nous ne possédons pas encore de diagnostic microscopique de cette maladie ; l'aspect de l'éruption est tel qu'il ne peut y avoir de doute dans ce cas.

CHANCRE SYPHILITIQUE ; LYMPHANGITE MONILIFORME

M. BARTHÉLEMY présente un malade atteint d'un chancre syphilitique du prépuce remontant à douze jours. C'est une petite érosion lisse entourée d'une grosse induration. De ce plateau part une induration moniliforme qui donne bien l'idée d'une lymphangite (inflammation spécifique d'un canal lymphatique) avec les inégalités de calibre dues aux valvules, s'amincissant au fur et à mesure qu'on s'éloigne du foyer initial, et donnant ensuite la sensation d'une simple corde de violon accolée au pénis. Il y a de plus, dans l'aîne gauche, une adénopathie caractéristique. On assiste ici à la marche de l'infection par les lymphatiques, laquelle, se faisant de très bonne heure, constitue une des objections les plus sérieuses à la méthode de l'excision.

OBSERVATION DE FOLLICULITES GÉNÉRALISÉES ET DISSÉMINÉES, NI FUSIONNÉES NI AGMINÉES, POUVANT ÊTRE CONSIDÉRÉE COMME UN NOUVEAU CAS D'ACNITIS

Par BARTHÉLEMY.

Hôpital Saint-Louis. Service de M. le Dr Ernest Besnier, policlinique du mardi : janvier 1891.

Boult..., 27 ans, originaire de la Charente. Habitant Paris depuis 2 ans 1/2, exerce la profession de cocher. Il panse ses chevaux et en a eu un, au printemps, qui fut atteint d'une éruption de boutons, non contagieuse au dire du vétérinaire et qui fut guérie au moyen de la glycérine laudanisée. Cet homme est marié; il a deux enfants bien portants. Sa femme n'a jamais fait de fausse couche. Lui-même n'a jamais eu de maladie vénérienne; il n'a pas été soldat, ayant été exempté du service militaire par le fait de son frère qui est sous les drapeaux. Ce frère est bien portant; pas plus que ses parents, il ne présente, dans sa santé, aucune tare d'aucune espèce. Quant au malade, il n'a jamais eu que des rhumes simples; il est sujet à l'herpès labialis. Les poumons sont sains. C'est un homme bien portant, assez fortement musclé, sec, mais maigre, surtout de figure. Depuis un mois, il est sujet à une névralgie faciale ayant tendance à reparaitre la nuit. Bonnes dents, bon appétit; pas de constipation. Digestions semblant bonnes au malade; et pourtant je constate un clapotage très net, symptomatique d'une *vaste dilatation d'estomac*. Le malade n'a pour l'instant aucune trace d'acné ni présente ni passée; il n'a même pas de séborrhée nasale; car on ne peut ainsi appeler quelques points noirs du lobule du nez. Le cœur présente de temps à autre quelques intermittences, sans aucun souffle. Tous les autres organes sont sains; ni glycosurie ni albuminurie.

C'est dans le cours de cet état, en somme très satisfaisant de santé, et sans avoir jamais eu « le moindre bouton sur le corps » qu'il fut atteint assez *soudainement* de l'affection cutanée pour laquelle il vint consulter et dont voici l'histoire et le schéma (voir fig. I).

Le début de l'éruption se fit à la fin de mars ou au commencement d'avril 1890, sous le nez et au menton surtout, par 4 ou 5 boutons: puis, par des poussées analogues qui se montrèrent successivement sur le front, dans le cuir chevelu et sur les joues qui en furent rapidement criblées. Le malade raconte qu'il en eut presque partout dans le cuir chevelu, mais qu'il en fut guéri dans l'espace d'un mois. Ceux qui devinrent le plus volumineux et qui persistèrent le plus longtemps siégèrent

à la lèvre supérieure, surtout dans la région sous-narine, au menton, et vers les tempes, un surtout de chaque côté du front. Après avoir formé une petite nodosité qui durait une huitaine de jours environ, l'élément éruptif s'ouvrait pour livrer passage « plutôt à de la sérosité sanguinolente qu'à du pus ». Moins de deux mois après le début de l'éruption, lesdits boutons furent moins volumineux, plus superficiels, restèrent rouges plus longtemps, ne laissèrent plus sourdre qu'une insigni-

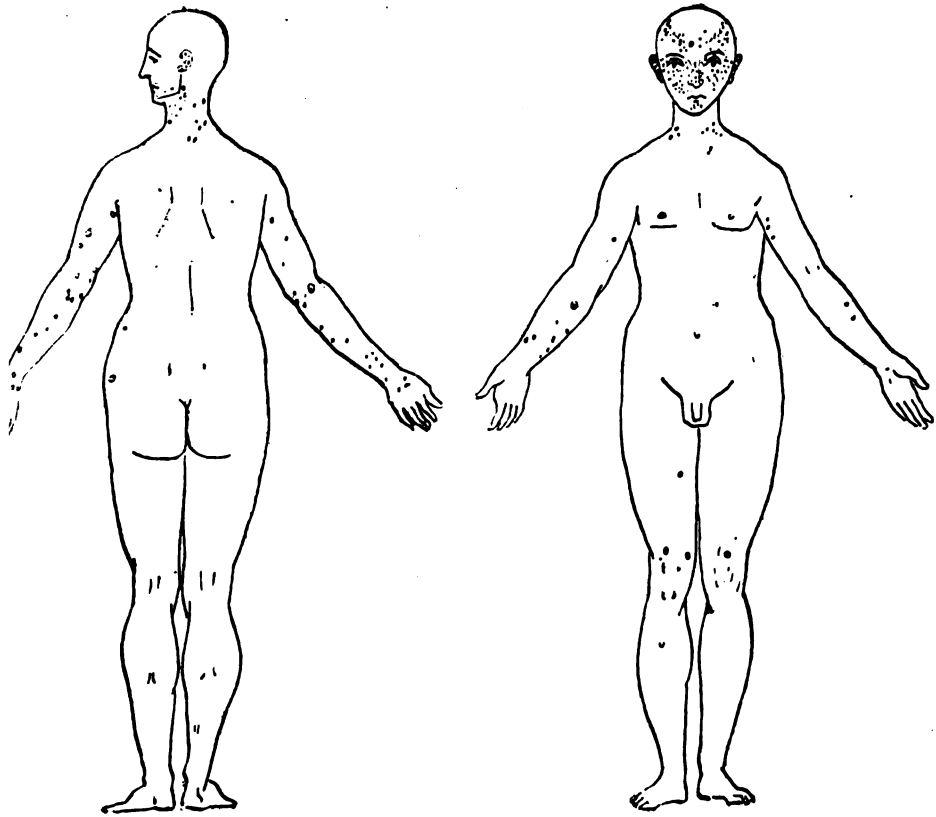


FIG. I. — Acnitis.

fiente gouttelette de sérosité, puis disparurent peu à peu, mais en laissant, soit une simple macule d'un brun rouge, soit une cicatrice pigmentée.

Le malade n'a remarqué « une petite boule » roulant sous le doigt et précédant le bouton proprement dit que pour les éléments qui se développent dans les régions latérales et antérieure du cou ; là, elle a existé nettement, entre cuir et chair, avant d'intéresser la peau.

Il est vrai que le malade n'a prêté quelque attention à son éruption qu'assez tardivement et seulement quand il a été lassé par sa persistance et par la multiplicité des boutons. C'est ainsi qu'il est resté au moins deux mois sans s'en préoccuper, croyant avoir affaire à une simple efflorescence printanière, laquelle ne lui a d'ailleurs jamais causé aucune souffrance.

Ce fut au mois de mai 1890 que l'éruption se montra avec le plus d'in-

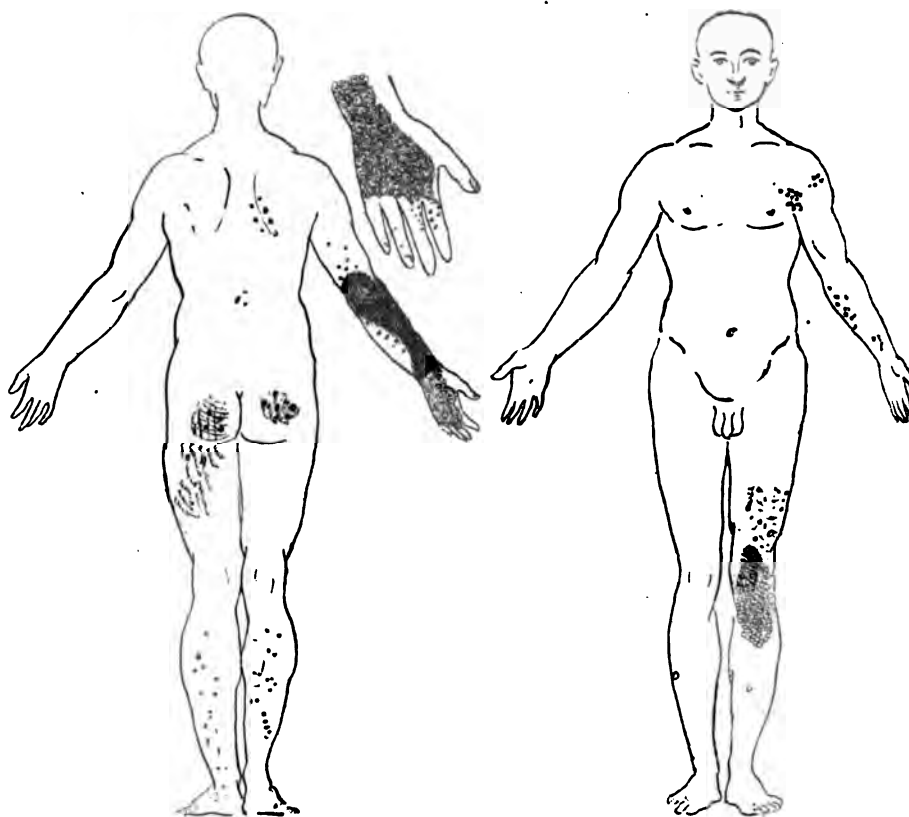


FIG. II. — Folliclis

tensité. Un médecin lui ordonna alors 3 tasses par jour de tisane de petite centaurée sucrée par du sirop de bicarbonate de soude. L'éruption ne cédant pas, le malade consulta, au mois de juin, un autre médecin qui lui prescrivit de l'arséniate de soude. En juillet, les poussées éruptives ne s'atténuant pas, le malade vint à la consultation de l'hôpital St-Louis, où M. de St-Germain, interne de M. Besnier, lui fit faire des lotions à

l'eau soufrée et des onctions de pommade à l'oxyde de zinc. Les boutons étaient sans doute moins fréquents qu'au début de l'éruption : pourtant, de nouvelles poussées montrèrent que le processus morbide n'était pas éteint. Sur les entrefaites, le cocher partit avec ses maîtres faire, pendant le mois d'août, une saison aux eaux de Vichy, qu'on lui fit prendre en bains locaux et en boisson (matin et soir deux verres d'eau de la source Lucas). M. le Dr Millet-Lacombe, raconte le malade, dit qu'il s'agissait d'une sorte d'eczéma. A la fin de la saison qui dura un mois, il y avait beaucoup de mieux. On pensa que le moment était venu de prendre des bains sulfureux. C'est ce que le malade fit à Paris, pendant le mois de septembre ; mais bientôt, de nouvelles poussées de boutons réapparurent aux régions primitivement envahies, à savoir, la face, le front, les joues notamment, les deux côtés du cou, les bras, les avant-bras, surtout en arrière et en dedans, les cuisses, à la région antéro-interne, les genoux, à la région antérieure, sur les bras, au *niveau des coudes*, sur les *avant-bras surtout en arrière*, et *jusque sur le dos des mains*, où il s'en développa environ une douzaine de chaque côté. *Trois se montrèrent au niveau des lombes, un seul à la fesse gauche* : bref, dans les régions qui avaient déjà été prises au mois de mai, sans que pourtant, depuis le mois d'avril jusqu'au mois d'octobre, il se fût passé de semaines où le malade n'eût pas à constater de nouveaux éléments éruptifs.

Au mois de novembre, B... se décida à revenir à la consultation de l'hôpital St-Louis, parce que les poussées incessantes de boutons commençaient à inquiéter son entourage et à lui nuire dans son métier de cocher. C'est alors que M. Brocq le vit et le renvoya à la salle Cazenave pour être soumis à l'examen de M. Besnier.

Au mois de décembre 1890, M. Besnier suivit le malade de près, le soumit aux lotions boriquées, aux onctions d'huile phéniquée au 100°, et lui administra deux grammes par jour de salol. Depuis ce temps, l'amélioration apparut très nette et persista. Les boutons nouveaux devinrent de moins en moins nombreux, et ceux qui se montrèrent furent aussi avortés, aussi superficiels que possible. Les croûtelles sèches tombèrent, des accumulations épidermiques s'éliminèrent, des cicatrices creuses semblèrent se combler, d'autres s'amincirent ; enfin, les taches pigmentées s'atténuèrent.

L'évolution de la maladie était arrivée à sa période terminale, après avoir duré environ 10 mois.

Le 14 janvier 1891, il n'y a plus sur tout le corps que 3 boutons en activité ; encore, sont-ils exclusivement dermiques.

C'est alors, qu'avec une amabilité dont je ne saurais trop remercier notre excellent maître, M. Besnier me pria de prendre l'observation du malade, pensant qu'il s'agissait probablement d'une variété de folliculites disséminées et généralisées, analogue aux cas que je venais de décrire sous le nom d'*acnitis*. (*Ann. de dermatol.*, janvier 1891).

Le 12 février, au moment de la présentation, le malade est porteur de deux folliculites apparues depuis deux jours *sous la peau* du front, où l'on sent très nettement deux petits noduls, durs et arrondis. La peau n'est encore nullement intéressée.

Le diagnostic est l'intérêt principal de cette observation.

Voici, à ce sujet, les points sur lesquels je désire attirer l'attention.

Cet homme n'a jamais eu auparavant, et n'a pour l'instant, aucune pustule *d'acné* sur le corps. On n'en constate aucune trace, ni sur le front, ni au nez, ni dans les régions de prédilection, telles que la poitrine ou les épaules. Mais le malade eût-il eu jadis de véritables acnés qui nous eussent échappé, il n'est pas dans l'évolution habituelle de cette dermatose que tout à coup les boutons s'exaspèrent et se transforment en une éruption très abondante, presque généralisée, affectant une marche aiguë et se perpétuant par des poussés incessantes, répétées pendant des mois entiers, pour ensuite s'atténuer et graduellement disparaître. Et, en effet, le malade raconte bien que, si quelques éléments éruptifs disparaissaient, d'autres se montraient, nouveaux, dans le voisinage des anciens, et ainsi de suite. D'autre part, les sièges occupés par la présente éruption sont différents de ceux qu'affectionne habituellement l'acné : aujourd'hui encore, les mains, les oreilles, les avant-bras jusque sous l'aisselle, portent des traces, soit cicatricielles, soit pigmentées, dont la forme et la coloration ne sont pas celles qu'on observe à la suite de l'acné.

Il ne peut s'agir non plus de cette variété bien spéciale d'acné décrite sous le nom d'*acné arthritique de Bazin* ou d'*acné varioliforme* ; le siège, la marche, les cicatrices sont différents ; la pigmentation y est moins foncée et moins rougeâtre.

Je ferai enfin remarquer qu'à aucun moment les éléments éruptifs ne furent douloureux comme ils n'eussent pas manqué de l'être s'il se fût agi de *furunculose* chronique ou d'*ecthymatose* à répétition.

Au moment où l'éruption atteignait son maximum d'intensité, le malade était fatigué, anémié, il avait moins d'appétit, mais il n'a pourtant jamais cessé de manger suffisamment pour ne pas pouvoir continuer son métier de cocher.

Si l'on en juge par les traces encore très nettes que présente le malade, il semble donc qu'il s'est bien agi ici d'un cas d'*acnitis*, d'une intensité modérée. En effet, les folliculites forment des éléments isolés, disséminés çà et là, qui n'ont jamais été non seulement fusionnés, mais qui n'ont même pas été *agminés*, comme dans les cas de *folliclis*, où le groupement et les localisations sont aussi très différentes, ainsi qu'on peut en juger par le schéma ci-joint (voir fig. II).

Le salol semble avoir fort bien réussi. Toutefois, il faut noter qu'il n'a été employé que vers le 9^e mois, c'est-à-dire lorsque déjà spontanément s'épuisait l'intensité du processus morbide.

Les hasards de la clinique ne sont pas toujours tels qu'on les souhaiterait. Si j'avais pu choisir le moment de la présentation d'un malade de cette sorte, je me fusse efforcé de vous amener le sujet lors de la période d'état et non pas à un moment où, comme aujourd'hui, l'évolution de la maladie paraît à peu près terminée. Mais, tel qu'il est, il semble que ce cas puisse encore être justement, bien que rétrospectivement, rangé dans la classe des *acnitis*.

NOTE SUR LA MÉTHODE DE KOCH APPLIQUÉE AU TRAITEMENT DES
TUBERCULOSES TÉGUMENTAIRES EN GÉNÉRAL ET DES LUPUS EN
PARTICULIER

Par M. ERNEST BESNIER.

Dans notre dernière réunion, le 8 janvier 1891, notre éminent secrétaire général, M. Vidal, vous a communiqué, au nom des médecins de l'hôpital Saint-Louis (1), un aperçu général sur le traitement des lupus par

(1) A la fin du mois de novembre de l'année dernière, aussitôt que fut livré le remède secret que le professeur Koch annonçait comme devant être particulièrement efficace dans les tuberculoses lupiques, les médecins de l'hôpital Saint-Louis, MM. E. Vidal, Ernest Besnier, professeur Fournier, Hallopeau, Quinquaud, auxquels M. Lailler, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis, a constamment apporté son concours, se réunirent en commission et décidèrent de faire leurs recherches en commun. Laissant de côté la responsabilité qu'ils pouvaient encourir en appliquant un remède secret dans un service public, ils ne se préoccupèrent de rien autre que de préciser les moyens les plus sûrs de mettre les malades traités à l'abri des dangers du remède, d'assurer des soins particuliers à chacun d'eux, et de recueillir l'observation précise des résultats qui seraient obtenus.

Pour les soins spéciaux à donner aux sujets inoculés, pour recueillir les observations cliniques sans interruption ni lacune, la commission institua, avec le concours des internes et des externes de l'hôpital, dont nous ne saurions trop louer ici le dévouement et le zèle, un service extraordinaire et permanent de garde de jour et de nuit. Des feuilles d'observation, imprimées pour cet objet, uniformes pour tous les inoculés, ont été tenues au courant et ont permis, non seulement de réunir les éléments de jugement, mais encore de baser, sur des indications précises, la direction de la médication pour chaque malade, dont le traitement était interrompu, continué ou supprimé, augmenté ou diminué, selon les faits observés, et notés à la suite de l'inoculation précédente. M. le directeur de l'Assistance publique, le docteur Peyron, qui a bien voulu favoriser de sa haute approbation les travaux de la commission, avait mis à la disposition des élèves de garde la nourriture et une allocation supplémentaire. Le service entier a été organisé avec la sollicitude la plus éclairée par M. Grandry, directeur de l'hôpital Saint-Louis.

Afin d'assurer l'exécution de ce plan, tous les malades à traiter ont été réunis dans

la lymphe de Koch. C'est maintenant en notre nom personnel que nous venons vous parler des résultats que chacun de nous a obtenus; si je joins à ma communication quelques renseignements collectifs, et si j'ai la parole le premier, c'est en qualité de *senior*.

I. En ajournant cet exposé, de la séance précédente à celle d'aujourd'hui, nous avons voulu, avant de formuler notre jugement, mûrement peser toutes choses, et en même temps accorder le bénéfice du temps à l'observation des malades chez lesquels les résultats du traitement semblaient être nuls ou douteux. Ce délai était encore plus nécessaire pour apprécier exactement la valeur des améliorations obtenues, non pas à titre définitif, mais à titre provisoire; car parler de la guérison proprement dite des tuberculoses tégumentaires après quelques semaines, ou même après quelques mois d'une médication quelconque, ne serait pas tenir un langage scientifique, ni faire preuve d'une connaissance approfondie de la nature et de la marche de ces maladies.

Pendant ce temps, d'ailleurs, l'heure est devenue propice, le calme est revenu dans les esprits; nous savons maintenant ce que nous avons inoculé à nos malades, et déjà nous ne sommes plus astreints à récriminer sur les conditions fâcheuses, sans précédent dans les annales de la science, au milieu desquelles la médication nouvelle a été annoncée au monde savant.

Nous n'avons plus qu'à regretter pour la gloire, jusque-là indiscutée, de l'auteur de la méthode, qu'il n'ait pas exposé d'une manière plus claire et plus démonstrative ses expérimentations sur les animaux, qu'il en ait fait à l'homme une application prématurée, ou au moins qu'il ne se soit pas préoccupé davantage des dangers du remède, et qu'il n'en ait pas mieux fixé la posologie, ou enfin qu'il n'ait pas fourni d'observations cliniques dignes de ce nom.

Mais ce sont là toutes choses sur lesquelles il appartient à l'histoire impartiale de faire la lumière et qui ne changent rien à la question de fait devant laquelle nous sommes placés et à laquelle je veux limiter la présente note.

Ainsi ramenée à ses proportions exactes, la question que j'ai à traiter ne réclamera pas de très grands développements. J'omettrai volontaire-

les salles Alibert (femmes) et Devergie (hommes), où ils étaient d'abord examinés par la commission réunie. Aucun malade n'a été soumis aux inoculations sans cet examen préalable, lequel décidait, non seulement si la médication devait être mise en œuvre, mais encore quelle dose devait être employée et, jusqu'à la fin de janvier 1891, époques à laquelle la commission a terminé son enquête, chaque inoculation successive a été, pour chaque malade, également déterminée comme époque, et fixée comme quantité par elle. L'un de nous, M. Quinquaud, a lui-même, pendant toute la durée des travaux de la commission, préparé et titré les solutions, dosé l'injection pour chaque malade, et assuré les conditions d'asepsie les plus rigoureuses.

ment beaucoup de choses qui vous ont déjà été dites excellemment, soit par mon cher collègue et ami M. Thibierge, soit par notre éminent secrétaire général M. Vidal (1), ou qui vous seront dites tout à l'heure par mes collègues. Je n'aurai garde d'oublier que chacun de nous est surabondamment éclairé sur le fond du sujet, aussi bien que sur ses détails, grâce à la rapidité extraordinaire et à la perfection avec lesquelles la presse médicale française a multiplié les éléments d'information et de jugement dans un esprit élevé qui l'honore hautement.

II. Le nombre des malades inoculés après avoir été examinés par la commission est de cinquante ; j'en laisserai douze de côté, soit qu'ils aient été inoculés pour la lèpre, par exemple, comme vous le dira tout à l'heure M. Hallopeau, soit que leur traitement ait été interrompu, on commencé depuis trop peu de temps pour pouvoir entrer en ligne de compte. J'ai seulement retenu trente-huit observations assez précises, et assez rigoureusement faites, pour servir d'éléments de jugement. Chacune d'elles présente cette garantie particulière que le diagnostic des lésions a été établi par une commission compétente qui a suivi avec la plus scrupuleuse attention les phases et les incidents du traitement pendant toute sa durée, et pendant quelques semaines à sa suite.

Il n'est pas une seule de ces trente-huit observations, dont l'exposé ne soit plein d'intérêt, et riche en enseignements ; mais leur exposé, même abrégé, ne pourrait être donné sans dépasser les limites de notre cadre et de notre temps. Cependant, comme il y a un intérêt majeur à ce que les pièces mêmes de l'enquête vous soient soumises, je n'ai pas reculé devant l'obligation d'en faire, moi-même, le dépouillement, et d'en résumer les éléments dans le tableau synoptique suivant, qui comprend l'âge et le sexe des inoculés, la nature de la tuberculose traitée, le nombre des inoculations, leurs dates, la réaction et l'époque de la tolérance, les principaux phénomènes de la fièvre d'inoculation, les caractères de la réaction locale, l'indication des accidents consécutifs, prolongés ou permanents, le résultat actuel du traitement, le nom des médecins traitants.

En parcourant verticalement chaque colonne, on suit la série de chacun de ces faits chez les différents malades ; en lisant horizontalement chaque case entière du tableau, on a le sommaire de l'observation de chaque malade.

(1) *Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, décembre 1890 et janvier 1891.

DIAGNOSTIC.	INOCULATIONS (NOMBRE, DATES. DOSES).	PHÉNOMÈNES PRINCIPAUX de la FIÈVRE D'INOCULATION.
1. — F., 50 ans. — Lupus vulg. des joues et du menton, datant de 37 ans, avec épithéliome secondaire au centre cicatriciel, datant d'un an.	1 inj. de 0.002.	Réact. violente; prostration extrême; congest. pulm.; hématurie; albuminurie ayant persisté sept jours. Traitement non continué à cause de l'atteinte grave portée à la vitalité.
2. — F., 25 ans. — Lupus vulg. des joues, de l'oreille g., datant de 5 ans, traité antérieurement et cicatriciel.	2 inj. de 0.002 à dix jours d'intervalle.	Réact. excessive; T. 40°6. Prostration; subdélire; frisson violent de 4 h. de durée, dyspnée intense; cong. pulm.; hypertrophie splénique; hématurie; albuminurie ayant duré huit jours. Rash pustuleux, etc., etc. Traitement abandonné à cause de la gravité des accidents.
3. — F., 21 ans. — Lupus vulg. face, joues, nez et cavité nasale, lèvre supérieure, datant de 6 ans, traité antérieurement et cicatriciel.	Du 3 décembre 1890 au 26 janvier 1891, 8 inj. de 1/2 milligr. à 1 1/2. A la 8 ^e inj. avec 1 milligr. 1/2, la tempér. montait à 39°.	Réact. excessive; à la 4 ^e inocul. la tempér. s'élevait encore à 40°7. Albuminurie aux deux premières inoculations. Prostration et malaise extrêmes.
4. — F., 16 ans. — Lupus vulg. centre de la face; nez; cavité nasale, lèvre supérieure, datant de 6 années.	Du 4 décembre 1890 au 26 janvier 1891, 11 inj. de 1/2 à 4 milligr. Tolérance locale à la 7 ^e inj.	T. max. 40°1 à la 3 ^e inocul. avec 0.002. Phénomènes nerveux d'une violence extraordinaire; épigastralgie angineuse (angor) ayant duré 24 h. dans une des inocul.; albuminurie à la 3 ^e .
5. — F., 29 ans. — Lupus vulg. disséminé, nodulaire, du centre de la face et des cavités nasales. Non traité antérieurement, datant de deux années. Type pur de tuberculose lupique.	Du 4 décembre 1890 au 26 janvier 1891, 10 inj. de 2 à 5 milligr. Tolérance complète à la 9 ^e inocul. A la 10 ^e , la temp. s'est affaïssée à 36° et n'est pas remontée au-dessus de 37°.	T. max. 40° à la 6 ^e inject. A chaque inject., malgré l'intégrité des poumons, crises violentes de toux quinteuse. Congest. pulm. Râles universels durant de 24 à 48 h., phénomènes atténués seulement à la 9 ^e injection.
6. — F., 28 ans. — Lupus vulg. du centre de la face, en état de cicatrice complète et de guérison apparente sous l'action d'un traitement antérieur par les scarif. et les cautérisat. élect. Lupus datant de 3 ans.	Du 8 décembre 1890 au 26 janvier 1891, 10 inj. de 0.001 à 0.006. Tolérance à la 9 ^e inj. avec 0.005.	T. max. 39°4 à la 4 ^e inject. Réaction générale très modérée. Rash. Céphalalgie.

RÉACTION LOCAL.	PHÉNOMÈNES et ACCIDENTS CONSÉCUTIFS.	RÉSULTAT DU TRAITEMENT.	MÉDECINS TRAITANTS.
Assez vive, prédominante au niveau de l'épithéliome qui, seul, était ulcéré.	"	Nul.	E. VIDAL.
Intense, forme érysipélateoïde, étendue à un rayon étendu autour des parties saines.	"	Nul.	E. VIDAL.
Violente; érysipélateoïde jusqu'à la 5 ^e inoculation, mais devenue presque nulle à la 8 ^e .	Anémie. Amaigrissement de 6 kilos 500.	Légère atténuation. Tubercules évidents dans toute l'étendue de la cicatrice; lésions intra-nasales non cicatrisées.	E. VIDAL. E. BESNIER.
Moyenne, presque nulle à partir de la 7 ^e injection.	"	Légère atténuation dans le volume des parties atteintes; pas de cicatrisation des lésions intra-nasales; tubercules manifestes dans toute l'étendue du lupus.	E. VIDAL. E. BESNIER.
Vive réaction locale érysipélateoïde, puis érythémateuse, avec suintement nasal; augmentation des croûtes existant sur quelques tubercules isolés.	"	Résultat presque nul: après la période d'anémie postfébrile passée, l'atténuation apparente du lupus s'effaçait et les tubercules ont aujourd'hui repris l'état antérieur.	E. BESNIER.
Assez vive.	Amaigrissement de 5 kilos.	Les lésions sont restées sensiblement dans le même état, peut-être un peu atténuées.	E. BESNIER.

DIAGNOSTIC.	INOCULATIONS (NOMBRE, DATES, DOSÉS).	PHÉNOMÈNES PRINCIPAUX de la FIÈVRE D'INOCULATION.
7. — F., 23 ans. — Lupus vulg. du nez, de la lèvre sup. et des joues, etc., en état de cicatrisation totale et de guérison apparente obtenue par les scarifications; cependant quelques tubercules dans la cicatrice ou alentour sont encore appréciables.	Du 8 décembre 1890 au 26 janvier 1891, 11 inj. de 0.002 à 0.006. Tolérance à la 9 ^e inj. avec 3 milligr. 1/2.	T. max. 40° à la 8 ^e inject. Palpitations, dyspnée, vomissement, rash scarlat.
8. — F., 50 ans. — Lupus vulg. du nez, de la cloison, de la lèvre sup., datant de 7 années, peu envahissant, mais récidivant sans cesse et détruisant lentement.	Du 3 au 26 janvier 1891, 7 inj. de 1/2 milligr. à 2. Tolérance presque complète à la 7 ^e inj. de 2 milligr.	T. max. 40°4 à la 5 ^e inocul. avec un milligr. et demi. Très peu de réaction générale en dehors des phénomènes vulgaires de la fièvre.
9. — F., 30 ans. — Lupus vulg. de l'avant-bras gauche à foyers multiples et florides, datant de 10 années.	Du 12 décembre 1890 au 10 janvier 1891, 5 inj. de 0.002 à 0.004. Tolérance locale dès la 3 ^e inj.	T. max. 39°. Rash scarlat. intense; à toutes les inoculations vomissements; céphalalgie violente; souffle systolique à la pointe, etc.
10. — F., 19 ans. — Lupus vulg. du nez, des narines, de la joue, tuberculo-ulcér., en partie cicatrisé par les traitements antérieurs, mais repululant sans cesse. Le lupus date de trois années.	Du 12 décembre 1890 au 26 janvier 1891, 8 inj. de 0.002 à 0.004. Tolérance à la 8 ^e inj.	T. max. 39°. Phénomènes variés à chaque inject. Céphal. intense. Vertiges. Courbature extrême. Crampes dans les mollets. Rash scarlat. Douleurs de ventre. Quint. de toux. Congest. pulm. avec râles sous-crépité. Douleur vive de la fosse iliaque gauche. Otalgie violente. Otorrhée pur. de 48 h. ne laissant aucune trace.
11. — H., 19 ans. — Polyadénopathie tuberculeuse, sous-maxillaire, axillaire, sus-claviculaire. Gommès dermiques tuberc. suppurées.	Du 18 au 22 décembre 1890, 2 inj. de 1/2 et 1 milligr.	1 ^{re} inj. (1/2 milligr.). T. max. 39°3. Pas de rash, très peu de malaise. 2 ^e inj. (0.004). T. max. 38°9. Râles sous-crépitateux aux 2 sommets surtout à gauche où

RÉACTION LOCALE.	PHÉNOMÈNES et ACCIDENTS CONSÉCUTIFS.	RÉSULTAT DU TRAITEMENT.	MÉDECINS TRAITANTS.
Assez vive dans les premières inocul., mais rapidement effacée.	Amaigrissement de 2 kilos.	Pendant la durée des inoculations, les tubercules qui se montraient déjà dans la cicatrice opératoire ont continué à se développer, au moins aussi rapidement que si les lésions avaient été abandonnées à elles-mêmes.	E. BESNIER.
Assez vive, type érythémateux; écoulement nasal; augmentation des concrétions croûteuses.	Révélation inattendue d'une tuberculose pharyngée incon nue; à chaque injec. pharyngite postérieure avec exulcération. Amaigrissement de 4 kilos.	Amélioration caractérisée par la plus grande liberté de la respiration nasale, une tendance cicatricielle manifeste.	E. BESNIER.
La réaction locale qui avait été très belle aux deux premières inoculations et suivie d'un affaïssement général, devient presque nulle à la 3 ^e , et nulle à la 4 ^e , malgré l'intensité du malaise et des accidents. La malade découragée renonce au traitement.	"	Résultat nul.	A. FOURNIER.
Vive réaction locale très douloureuse « plus douloureuse que les cautérisations »; gonflement; suintement nasal, productions croûteuses, érythème périphérique.	"	L'amélioration obtenue par les premières inoculations reste stationnaire. Les tubercules, les croûtes persistent.	A. FOURNIER.
Les ganglions des aisselles qui étaient restés indolents à la 1 ^{re} inoc. deviennent douloureux à la seconde, et la masse	Phlegmon de l'ais selle.	Résultat nul.	E. VIDAL, E. BESNIER.

DIAGNOSTIC.	INOCULATIONS (NOMBRE, DATES, DOSES).	PHÉNOMÈNES PRINCIPAUX de la FIÈVRE D'INOCULATION.
		on n'avait constaté préalable- ment aucun signe physique anormal.
12. — H., 41 ans. — Tubercu- lose lupique disséminée, forme verruqueuse, occupant diffé- rents points des membres in- férieurs. Arthropathie métat- ph. du gros orteil, pied gau- che. Lésions datant de 2 an- nées. Poumon droit, sommet suspect.	Du 30 novembre 1890 au 3 janvier 1891, 5 inj. de 0.001 à 0.002.	T. max. 40°2. Phénom. génér. in- tenses; phénom. pulm. assez intenses surtout à droite; dou- leurs vives dans l'épaule droite et dans l'art. métat.-phal. du gros orteil à droite (points où rien n'existait antérieurement). Douleur et tuméfaction de l'épaule droite. Abattement considérable. Anémie rapide.
13. — H., 46 ans. — Lupus tub. génér. de la face, datant de 7 ans, en état de cicatrisat. générale consécut. aux cautér. galv., mais présentant encore de nombreux tubercules dans les mailles de la cicatrice dermique.	Du 5 décembre 1890 au 3 janvier 1891, 4 inj. de 1 1/2 à 2 milligr.	T. max. 39°8. Albuminurie de 48 h. à la 1 ^{re} inject. Respiration rude aux deux sommets à chaque injection. Une lipothymie après la réaction.
14. — H., 21 ans. — Lupus ul- cérant du nez, du voile du palais. Lupus laryngé. Lupus disséminé des membres.	Du 8 décembre 1890 au 26 janvier 1891, 9 inj. de 1/2 à 3 milligr. 1/2	T. max. 39°6. Dyspnée, vomisse- ments, rash papuleux, toux sans signes stéthoscopiques; augmentation d'un souffle mi- tral préexistant.
15. — H., 24 ans. — Tubercu- lose lupique à forme verru- queuse; du dos de la main droite.	Du 1 ^{er} décembre 1890 au 10 janvier 1891, 6 inj. de 2 à 3 milligr.	T. max. 40°. Réaction gén. tardive mais intense avec prostration considérable. Rash papuleux. Cong. bronchique modéré. Toux.
16. — H., 30 ans. — Lupus vul- gaire de la face datant de 22 ans, en partie cicatrisé. Tuberculose verruqueuse de la partie antéro-infér. de l'a- vant-bras gauche avec syno- vite enkystée au niveau des tendons fléchisseurs.	Du 4 décembre 1890 au 26 janvier 1891, 9 inj. de 0.002 à 0.006. Tolérance à la 9 ^e inj.	T. max. 38°3. Très peu de phéno- mènes généraux. Tolérance presque d'emblée au point de vue général, sauf exacerbation de cardiodynies auxquelles le malade est sujet.

RÉACTION LOCALE.	PHÉNOMÈNES et ACCIDENTS CONSÉCUTIFS.	RÉSULTAT DU TRAITEMENT	MÉDECINS TRAITANTS.
volumineuse de l'aiselle droite était devenue, au 5 ^e jour après l'inoc., le siège d'un vaste phlegmon, qui a nécessité le passage du malade en chirurgie.			
Après avoir paru actionnées dans les 1 ^{res} inoculations, les plaques lupiques sont en réalité restées stationnaires.	"	Résultat nul.	E. VIDAL, E. BESNIER.
Réaction locale très modérée, à peu près semblable à ce que produisent les très fréquentes poussées de pseudo-érysipèle spontané que présente ce malade.	"	Résultat nul.	E. VIDAL, E. BESNIER.
Réac. locale modérée, du type érythémateux, à la fois sur les tuberculoses cutanées et muqueuses.	Souffle mitral accru.	Résultat nul pour les lésions cutanées. Amélioration des lésions laryngées.	E. BESNIER.
Réac. locale toujours modérée, tendance cicatricielle augmentée. Réduction de la masse de la lésion.	Amaigrissement de 5 kilos.	Amélioration apparente, mais persistance des foyers lupiques constatables au travers de la cicatrice.	E. BESNIER.
A peu près nulle.		Nul.	E. BESNIER.

DIAGNOSTIC.	INOCULATIONS (NOMBRE, DATES, DOSES).	PHÉNOMÈNES PRINCIPAUX de la FIÈVRE D'INOCULATION.
17. — H., 23 ans. — Tuberculose lupique fibreuse à nodules repullulant autour d'une cicatrice de guérison centrale. Gibbosité datant de l'âge de 10 ans. Otorrhée purul. gauche.	Du 4 au 20 décembre 1890, 4 inj. de 0.002. Temp. 40°2 à la 4 ^e inj.	T. max. 40°2. Phénomènes généraux fébriles intenses, toux, palpitation, prostration.
18. — H., 24 ans. — Lupus ulcéreux profond du voile du palais et du pharynx datant de 2 années. Lupus de l'épiglotte.	Du 8 décembre 1890 au 3 janvier 1891, 4 inj. de 0.001 à 0.002. Pas de tolérance; accumulation d'action. Temp. max. 40°8 à la 4 ^e inj. avec 0.002 milligr.	T. max. 40°8. Phénomènes généraux fébriles intenses; dyspnée, palpitations, douleurs abdominales.
19. — F., 26 ans. — Lupus tuberc. face, joues, paup. infér., lèvres. Non ulcéré. Plaques isolées des membres. Craquem. au sommet gauche.	Du 10 décembre 1890 au 10 janvier 1891, 6 inj. de un demi-milligr. à 3 milligr. 1/2.	T. max. 40°3. Phén. gén. fébriles assez intenses, céphalées intenses.
20. — F., 24 ans. — Lupus tuberc. non ulcérant de la face (disséminé).	Du 12 décembre 1890 au 10 janvier 1891, 6 inj. de 0.002 à 0.005.	T. max. 40°. Réaction gén. modérée, courbature, céphalgie.
21. — F., 24 ans. — Lupus vulg. non ulcérant occupant toute l'étendue de la joue gauche.	Du 6 décembre 1890 au 26 janvier 1891, 9 inj. de 0.002 à 0.005. Tolérance dès la 6 ^e inj.	T. max. 39°7. Réact. gén. assez intense au début, puis de plus en plus faible. Courbature, épigastralgie, rash scarlatiniforme intense et desquamatif à chaque injection.
22. — F., 18 ans. — Lupus tub. ulcéreux, dissimulé de la face; sommet gauche suspect.	Du 22 décembre 1890 au 10 janvier 1891, 4 inj. de 1/2 milligr. à 2 milligrammes.	T. max. 39°6. Réaction génér. modérée, rash, gastralgie.
23. — F., 16 ans. — Lupus tub. non ulcéré du centre de la joue droite.	Du 12 décembre 1890 au 10 janvier 1891, 5 inj. de 0.001 à 0.003. Tolérance à la 5 ^e inocul.	T. max. 39°. Réaction génér. très modérée; courbature.
24. — F., 59 ans. — Lupus tuberc. non ulcér. joue droite, quelques nodules mentonniers.	Du 10 décembre 1890 au 3 janvier 1891, 4 inj. de 1 à 1/2 milligr.	T. max. 39°. Réaction génér. modérée. Rash scarlatiniforme. Courbature.

RÉACTION LOCALE.	PHÉNOMÈNES et ACCIDENTS CONSÉCUTIFS.	RÉSULTAT DU TRAITEMENT.	MÉDECINS TRAITANTS.
Très modérée.	Anémie et dépression.	Etat stationnaire. On n'a pas jugé devoir continuer le traitement à cause de l'intensité des accidents généraux et du peu d'action locale.	E. BESNIER.
Moderée sur les lésions pharyngo-laryngées sans aucun accident dysphagique ni dyspnéique mécanique.	Dépression et anémie très accentuées.	Presque nul. On n'a pas cru devoir continuer les inocul. en raison de la gravité des phénomènes hyperthermiques comparée au peu d'action produite sur les lésions pharyngo-laryngées.	E. BESNIER.
R. du type érysipélateux; rougeur et tuméfaction.	Craquements du sommet gauche.	Le lupus de la face a pâli; les tubercules sont moins saillants; il y a des flocs cicatriciels. Plaques du dos et des membres en voie de régression.	HALLOPEAU.
R. du type érysipélateux léger.	"	Plaques lupiques sensiblement améliorées, presque plus de nodules apparents.	HALLOPEAU.
Moderée; rougeur, tuméfaction suivie de desquamation.	Souffle cardiaque probablement anémique.	Plaque lupique très améliorée, nodules affaiblis, un grand nombre d'îlots cicatriciels.	HALLOPEAU.
Assez intense; rougeur, gonflement, suintement séro-purulent.	Irrégularité du pouls.	Plaques lupiques améliorées; parties ulcérées en partie cicatrisées.	HALLOPEAU.
Moderée; rougeur, tuméfaction.	"	La plaque lupique a seulement un peu pâli.	HALLOPEAU.
Assez intense; cuisson, rougeur, tuméfaction, desquamation.	"	Plaques lupiques sensiblement améliorées; beaucoup moins de nodules saillants.	HALLOPEAU.

DIAGNOSTIC.	INOCULATIONS (NOMBRE, DATES, DOSERS).	PHÉNOMÈNES PRINCIPAUX de la FIÈVRE D'INOCULATION.
25. — H., 50 ans. — Lupus érythémateux; face; ailes du nez, joues.	Du 4 décembre 1890 au 10 janvier 1891, 5 inj. de 3/4 de milligr. à 4 milligr.; à la 5 ^e inj. avec 3/4 de milligr. Temp., 39°.	T. max. 40°9. Réact. gén. intenses et prolongées, de trois jours en moyenne. Céphalalgie, congestion pulmonaire, arythmie.
26. — H., 30 ans. — Lupus tuberc. multiple et multiforme des membres inférieurs, éléphantiasique, etc. Ulcérations, etc., plaques de l'hypocondre droit. Poignet, l'épaule droite.	Du 4 décembre 1890 au 19 janvier 1891, de 1/4 à 1/2 milligr., et le malade avait encore 39°4 à la 7 ^e inj. avec 1/4 de milligr.	T. max. 40°7. Toutes les réactions très violentes; congestion pulm. rash scarlat., céphal., prostration, avec exacerbation au second jour.
27. — H., 19 ans. — Lupus tuberc. disséminé de la face, sans ulcérations actuelles.	Du 28 novembre 1890 au 26 janvier 1891, 9 inoculat. de 2 à 6 milligr. 1/2. Tolérance rapide.	T. max. 39°4. Réactions générales modérées, sueurs, courbature, albuminurie légère.
28. — H., 26 ans. — Lupus tuberc. ulcér. Nez. Joues.	Du 17 décembre 1890 au 26 janvier 1891, 8 inj. de 1 à 5 milligr. 1/2. Tolérance à la 7 ^e inoculation.	T. max. 39°5. Réact. gén. modérée. Douleur de l'hypocondre gauche sans hypersplénie.
29. — H., 45 ans. — Lupus éryth., face, joues, oreilles, adénopathie cervicale. (Cas sujet à contest. pour le diagnostic. Eryth. pour les uns. Tuberc. pour les autres.)	Du 17 décembre 1890 au 26 janvier 1891, 6 inj. de 1/4 à 1 milligr. A la 6 ^e inj. avec 0,004, le therm. montait encore à 39°4.	T. max. 40°8. Réact. gén. intense. prostration, vomissements, albuminurie passagère, céphalée, etc.
30. — H., 35 ans. — Lupus tuberc. non ulc. disséminé, face, cou, coude gauche.	Du 5 décembre 1890 au 10 janvier 1891, 5 inj. de 0.004 à 0.006.	T. max. 39°9. Réaction générale très modérée. Courbature, diarrhée.
31. — H., 21 ans. — Lupus tuberc. ulcérant et végétant de la face, datant de l'âge de 11 ans, Adénopathie cervicale. Lupus repullulant malgré des traitements énergiques.	Du 28 novembre 1890 au 26 janvier 1891, 8 inj. de 1/2 à 2 1/2 milligr.	T. max. 41°3 avec 0.002. Réaction générale très intense. Céphalée, dyspnée intense, congest. pulm. coliques intestinales, endocardite.

RÉACTION LOCALE.	PHÉNOMÈNES et ACCIDENTS CONSÉCUTIFS.	RÉSULTAT DU TRAITEMENT.	MÉDECINS TRAITANTS.
Très peu intense.	Malade anémié et très amaigri.	Plaques lupiques peut-être un peu pâlies et un peu moins saillantes?	HALLOPEAU.
Très intense. Douleurs vives. Rougeur, tuméfaction, suintement abondant; péri-arthrite du poignet très intense et très douloureuse.	Malade amaigri et très prostré. Il eût été impossible de continuer; formation de tumeurs fongueuses au poignet, d'un abcès très volum. au genou gauche. Les lésions ulc. supp. abond. et sont douloureuses.	Plaques non ulcérées un peu améliorées.	HALLOPEAU.
Modérée. Rougeur, tuméfaction, desquamation.	Léger souffle à la pointe.	Tubercules moins saillants et plus pâles.	HALLOPEAU.
Assez intense. Rougeur, tuméfaction, suintement.	Amaigrissement.	Amélioration partielle; ulcérations en voie de cicatrisation sur les joues; persistent sur les ailes du nez, se sont rapidement étendues depuis la cessation des injections.	HALLOPEAU.
Modérée. Après chaque inocul., il se produisait une rougeur au niveau des inoculations précédentes.	Souffle systolique à la pointe.	Plaques lupiques moins rouges, moins indurées.	HALLOPEAU.
Très modérée. Rougeur, tuméfaction.	"	Plaques lupiques peu modifiées, un peu moins rouges?	HALLOPEAU.
Très intense. Cuison, rougeur, tuméfaction, suintement séro-purulent, gonflement des ganglions.	Endocardite. Insuff. aortique et mitrale.	Lupus très amélioré; ulcérations en voie de cicatrisation.	HALLOPEAU.

DIAGNOSTIC.	INOCULATIONS (NOMBRE, DATES, DOSES).	PHÉNOMÈNES PRINCIPAUX de la FIÈVRE D'INOCULATION.
32. — H., 67 ans. — Lymphangiectasie tuberculeuse suppurative datant de l'âge de 47 ans; occupant les membres inférieurs; hypertrophie, ulcérations, fistules, etc., etc.	Du 5 décembre 1890 au 10 janvier 1891, 5 inj. de 1/2 à 2 milligr. 1/2.	T. max. 40°. Réaction génér. très intense, congestion pulmonaire, albuminurie, arythmie, etc.
33. — F., 18 ans. Lupus vulgaire en partie cicatriciel du nez, de la lèvre supérieure, datant de six ans.	Du 10 décembre 1890 au 26 janvier 1891, 9 inj. de 1/2 à 6 milligr. 1/2.	T. max. 38-3. Réact. génér. modérée, rash léger, céphalée, courbature, arythmie, palpitations.
34. — F., 13 ans. — Lupus tuberculeux non ulcér. en placards disséminés, sillon nasogénien, angle maxillaire, région thyroïdienne, col, oreille, partie antérieure de l'aisselle droite, région rotulienne à droite.	Du 3 décembre 1890 au 26 janvier 1891, 10 injec. de 0.001 à 0.007. Tolérance à la 6 ^e inject.	T. max. 39-6. Réaction générale toujours modérée. Douleurs d'oreilles.
35. — F., 17 ans. — Lupus vulgaire du nez et de la lèvre supérieure ayant débuté dans la cavité nasale, en grande partie cicatriciel avec nodules tuberc.	Du 3 décembre 1890 au 25 janvier 1891, 9 inj. de 0.002 à 0.008 milligr. Tolérance à la 6 ^e inj.	T. max. 39-6. Réaction générale toujours faible et sans incidents.
36. — H., 15 ans. — Lupus tuberculeux vulgaire disséminé; commissure labiale gauche, placard ulcéreux, végétant, envahissant la muqueuse; placard végétant à la région lombaire, etc.	Du 10 décembre 1890 au 15 janvier 1891, 7 inj. de 0.001 à 0.002.	T. max. 39-6. Phénomènes génér. variés, assez sérieux pour faire abandonner le traitement à la 7 ^e injection.
37. — H., 18 ans. — Lupus vulg. du centre de la face. Sommets des poumons suspects.	Du 3 au 10 janv. 1891, 3 inj. de 0.001 à 0.002.	T., à chaque inject. 40°; max. 40-2. Phénom. génér. intenses, albuminurie, râles sous-crépittants aux deux sommets.
38. — H., 15 ans. — Lupus tuberculo-ulcérant du nez et des cavités nasaires.	Du 30 décembre 1890 au 19 janvier 1891, 4 inj. de 1 à 1 milligr. 1/2.	T. max. 40-2. Phénomènes génér. intenses; prostration, abaissement persistant de la pression sanguine.

RÉACTION LOCALE.	PHÉNOMÈNES et ACCIDENTS CONSÉCUTIFS.	RÉSULTAT DU TRAITEMENT.	MÉDECINS TRAITANTS.
Peu prononcée. Tuméfaction douloureuse des nodules.	Amaigrissement et prostration. Abscès très volumineux de la cuisse (fièvre); craquements humides au sommet du poumon droit où il n'y avait pas de lésion constatée antérieurement.	Diminution du volume des membres, quelques fistules fermées, lésions un peu améliorées.	HALLOPEAU.
Modérée. Cuissons, rougeur et tuméfaction légères.	Traitement bien supporté.	Résultat à peu près nul.	TENNESON.
Modérée.	"	Le traitement a eu pour effet d'isoler les tubercules lupiques qui tranchent aujourd'hui nettement sur la peau saine. Autour d'eux il n'y a plus ni rougeur, ni tuméfaction œdémateuse.	TENNESON.
Modérée.	Traitement bien supporté.	Dix inoculations progressivement augmentées n'ont amené aucune action locale notable, et aucun résultat curatif manifeste.	TENNESON.
Assez vive. Cuisson, rougeur, tuméfaction, suintement.	Pendant la durée des inoculations, amaigrissement de 3 livres et demie. Altération de l'état général, qui tend à disparaître depuis la cessation des injections.	Les parties végétales sont un peu affaissées, plus sèches. Résultat très inférieur à celui qu'aurait donné dans le même temps le traitement ordinaire.	TENNESON.
Assez vive.	"	Résultat à peu près nul. Traitement abandonné à cause des phénomènes pulmonaires, et de l'altération générale de la santé produits à chaque inoculation.	TENNESON.
Assez vive. Tuméfaction, croûtes, suintement.	Dépression et anémie se réparant lentement.	Réduction du volume, et atténuation des lésions.	QUINQUAUD.

Mais, ce que mon tableau synoptique est insuffisant à rendre, et ce que nulle lecture ne saurait faire bien comprendre, ce que je m'étonne de voir dans tant de publications exposer d'un cœur léger, ce sont les souffrances cruelles et inutiles que beaucoup de nos malades ont éprouvées. Ceux qui ont pénétré dans nos salles, un jour d'inoculation en série, six à huit heures après l'injection, quand le traitement, récemment commencé, ne portait pas sur des sujets déjà arrivés à la période de tolérance, n'oublieront jamais ce spectacle ; et s'il est un médecin qui, ayant soumis, lui-même, ses malades à ces épreuves douloureuses, a contemplé tout cela sans une émotion profonde, j'admire son courage sans partager sa résignation.

C'est pour nous un grand soulagement de conscience de pouvoir vous dire qu'aucun de nos cinquante inoculés n'a succombé ; les soins dont ils ont été entourés, la surveillance incessante qui a été exercée par nos admirables religieuses, par nos élèves et par nos gens de service, ont seuls assuré ce résultat ; car, nous avons aussi le devoir de le dire, malgré l'attention extrême que nous avons apportée à suivre les indications de chaque cas particulier, à espacer les inoculations, à n'administrer que de faibles doses, plusieurs de nos malades ont été en péril de mort, et quelques-uns conservent, aujourd'hui encore, des preuves matérielles trop manifestes de l'action redoutable du remède.

III. Deux faits dominant l'histoire thérapeutique de la lymphé tuberculeuse appliquée aux tuberculoses tégumentaires. D'une part, l'insuffisance (trop certaine en dépit de ce que l'on a pu dire ou de ce que l'on dira encore) de l'action locale ; sa diminution progressive au cours des inoculations, malgré l'élévation des doses ; enfin sa cessation plus ou moins rapide, mais inévitable. D'autre part, l'intensité des phénomènes généraux, la gravité de l'atteinte portée à la vitalité chez quelques malades, les localisations graves sur les viscères en général et sur le système circulatoire en particulier, enfin le péril de mort, même avec des doses faibles, et à la première inoculation aussi bien que dans la série.

L'action locale, la localisation élective, ce que l'on a appelé la réaction locale, mérite d'être examinée de près ; elle n'est pas à mon sens ce que l'on paraît généralement croire, c'est-à-dire produite par l'action directe de la toxine tuberculeuse.

Celle-ci, en effet, à une dose aussi élevée qu'on le voudra, ne détruit jamais le bacille dans quelque milieu que ce soit ; elle n'est, en aucune manière, parasiticide, bacillicide ; elle n'est pas davantage apte à stériliser les tissus dans lesquels il végète, à quelque dose qu'on l'y introduise : injectée au niveau même d'une plaque de lupus, elle ne l'actionne pas davantage qu'elle n'irrite la peau vague et saine, le tissu cellulaire, ou le muscle dans lesquels on l'introduit.

Non seulement l'injection localisée n'a pas d'effet local ni suspensif stérilisant, mais encore elle est peut-être de nature à favoriser le processus

tuberculeux. Sur un petit malade qui porte dans le tableau synoptique le numéro 12 et qui est couché au numéro 17 de la salle Devergie, une plaque de lupus au niveau de laquelle a été pratiquée une injection est, de toutes celles qu'il porte, la plus floride aujourd'hui quelques semaines après l'inoculation.

Dans la théorie de Koch, la toxine bacillaire amenée dans le lupus par la circulation générale se joint à la toxine péribacillaire qui y existe déjà, et acquiert ainsi une énergie assez grande pour amener la nécrobiose du néoplasme tuberculeux. Non seulement cette théorie ne se soutient pas en présence de la nullité d'action des toxines tuberculeuses introduites en nature au niveau du lupus, mais elle devient tout à fait paradoxale si l'on veut bien remarquer que l'action locale de la lymphe va en diminuant au fur et à mesure qu'elle pénètre plus souvent en plus grande quantité, ce qui est inadmissible si cette action est purement d'origine toxinique.

Ce que l'observation clinique montre sûrement, c'est la production d'une irritation locale de nature exsudative avec tendance secondaire à l'atrophie, à la cicatrisation dans les jours qui suivent la chute du processus, mais tendance éphémère qui ne tarde pas à faire place à une revivification des nodules tuberculeux, probablement plus active qu'auparavant.

L'observation du petit malade que j'ai cité tout à l'heure n'a pas la valeur d'une démonstration absolue, car je n'ai pas pu transformer le lit d'hôpital en laboratoire d'expérience, mais il emprunte sa confirmation à ce fait aujourd'hui établi que la toxine du bacille tuberculeux n'est en aucune manière un obstacle à sa germination, et qu'elle n'a aucune valeur vaccinnante, aucune action spécifique sur les tissus tuberculeux en évolution ni immédiatement ni consécutivement. Sans mettre à contribution les observations capitales de Virchow sur la tuberculose viscérale, nous savons déjà surabondamment, par nos observations, que le tubercule lupique proprement dit n'est pas attaqué par la lymphe de Koch. Non seulement nous avons retrouvé chez nos inoculés tous les tubercules qu'ils avaient auparavant, mais encore une série de nouveaux qui ont évolué pendant les inoculations. et qui se multiplient, celles-ci cessées, à la faveur du renouveau que leur cessation a apporté dans l'économie entière.

IV. C'est seulement plusieurs heures après l'inoculation, quand la température générale, d'abord abaissée, se relève et dépasse la normale; quand s'est produite l'altération du sang et des humeurs, que se manifeste l'irritation locale des tuberculoses externes. Si l'on veut bien remarquer que, pendant ce temps, la quantité infinitésimale de toxine inoculée a dû passer par la circulation générale et par les viscères hémato-poïétiques; qu'elle a dû y subir une dilution qui atteint les limites de l'in vraisemblance dans les masses relativement énormes de liquides et de

solides traversées. on comprendra difficilement, à moins de dépasser les conceptions de la doctrine homœopathique, que ce soit par action directe que la toxine a agi sur le lupus.

Le phénomène se comprendrait aisément si l'on avait introduit dans la circulation générale un élément fermentescible qui puisse en multiplier l'action par son évolution dans les liquides de l'organisme ; mais il s'agit ici, non pas d'un ferment, mais d'une toxine presque cristallisable, pure, stérilisée absolument, et qui ne peut être multipliée que par l'addition d'autres toxines et non par autogenèse.

Si encore l'inoculation ne produisait rien autre que cette action locale sur les tissus tuberculeux, l'on pourrait admettre, sans comprendre pourquoi, qu'elle s'accumule en entier dans les tissus tuberculeux et non dans tous les néoplasmes. Mais il n'en est rien ; avant l'irritation du lupus, ou en même temps qu'elle, et quelquefois sans elle, on voit apparaître dans les mêmes délais les altérations vitales les plus variées, la fièvre. l'hyperthermie, les lésions du sang, leucocytose, diminution des hématies de l'hémoglobine, etc., les éruptions cutanées, les endocardites, la congestion des poumons, de la rate, des reins, l'hématurie, l'albuminurie, les arthropathies, et les mille névrodynies cruelles, qui éclatent sur un grand nombre de points qui ne sont certainement pas tuberculisés, et même sur des organes en simple congestion physiologique, tels que les ovaires chez les femmes inoculées pendant la période menstruelle même à peine commencée, ou à sa terminaison.

L'action de la toxine sur les centres n'est-elle pas ici de toute évidence, et n'est-ce pas elle qui préside à la série entière des phénomènes qui constituent la fièvre de Koch ?

Cependant, en dépit de ces considérations, nous ne dissimulons pas qu'il reste un point discordant dans le fait de la réceptivité spéciale des sujets tuberculeux, du tissu tuberculeux et du système nerveux central de ces sujets.

Comment comprendre l'inactivité de la toxine en dose massive sur le tuberculome, et son action sur le tuberculome et sur tous les organes et tissus du tuberculeux, quand elle a été diluée à l'infini dans la masse du sang et des humeurs ?

Ce sont là des questions auxquelles personne n'est en mesure de répondre, car personne ne connaît encore assez l'hématochimie ni la chimie des toxines pour parler ferme en ces matières.

Ce sont là des questions qui doivent être reportées au laboratoire d'expérimentation sur les animaux, où la méthode entière doit être ramenée pour un supplément d'information. C'est là, et non sur les malades, que l'on pourra faire toutes les recherches nécessaires, parmi lesquelles l'inoculation du sang des animaux inoculés avec la tuberculine, recueilli pendant la période de préparation et de réaction.

V. Quoi qu'il en puisse être, ce qu'il importe à présent de constater

pour revenir à l'observation clinique, c'est que la localisation de la fièvre éphémère de Koch sur les tissus tuberculisés, très variable en forme et en intensité, est généralement, sur les lupus cicatriciels ou fermés, du type érythémateux, érythémato-squameux, érysipélateoïde, ressemblant alors, à ne pas pouvoir l'en distinguer, aux poussées de lymphodermite à répétition qui se produisent si fréquemment, sans raison connue, au niveau de toutes les tuberculoses cutanées. Sur les lupus ouverts, la réaction est plus manifeste et elle s'accompagne de suintement séreux, de formation de croûtes, de gonflement œdémateux ; il est exceptionnel que pareille chose se produise sur un lupus fermé.

Sur tous les lupus, et surtout sur les lupus ouverts, la réaction locale peut être intense, mais jamais il ne nous a été donné de l'observer sur aucun de nos inoculés, ayant atteint le degré de violence signalé par quelques observateurs, et produisant des nécroses et des pertes de substance considérables. C'est là un fait de constatation sur lequel il n'y a pas à discuter et dont la mise au point se fera nécessairement un peu plus tard.

Dans tous les cas, quelle qu'ait été l'intensité de l'action locale, ce n'est jamais qu'un orage ; peu de jours ont toujours suffi pour en amener l'extinction, sauf dans les cas où l'inoculation a déterminé, dans les ganglions ou les tissus périarticulaires, des phlegmons dont l'évolution suit le cours ordinaire.

L'orage apaisé, ce que l'on constate, c'est une réduction plus ou moins accentuée de la masse pathologique, une diminution dans la vascularité des tissus pérítuberculeux, de l'atmosphère des tubercules proprement dits, puis un certain aplanissement des surfaces, quelquefois une tendance cicatricielle manifeste, mais extraordinaire seulement pour ceux qui n'ont pas observé longtemps et attentivement le processus lupique normal. Quoi qu'il en soit, ces phénomènes d'inhibition périlupique, d'affaissement, de réduction, d'appauvrissement, sont acquis ; ils sont très remarquables chez quelques malades, mais ils peuvent se produire à l'extrême sans que le tubercule lui-même soit détruit. L'observation qui, dans notre tableau synoptique, porte le n° 34, et qui appartient à notre savant collègue, M. Tenneson, en offre un exemple des plus remarquables.

Ces réductions partielles ou les réductions en masse ne sont pas toujours proportionnelles à l'intensité de la réaction apparente ; on les observe particulièrement à la lèvre supérieure ou dans les points où le volume de la lésion, prise dans son ensemble, est plus ou moins accru par l'œdème lymphatique chronique, si accentué chez quelques malades.

Si ces phénomènes se produisent sur un lupus occupant une cavité, comme les fosses nasales ou nasales, après une période de suintement et de formation de croûtes, il se fait un soulagement, dont le patient se

félicite hautement, car il retrouve pour quelque temps la perméabilité des voies précédemment obstruées.

Sur les muqueuses buccale, pharyngée et laryngée, mêmes phénomènes, d'ordinaire moins accentués : congestion, tuméfaction, puis réduction relative. Mais, ici comme là, le plus ordinairement, l'état antérieur ne tarde pas à se rétablir, et il est évident qu'aucune action profonde n'a été effectuée. En vain, les inoculations sont-elles répétées, et l'action inhibitoire de chaque localisation est-elle accumulée, celle-ci s'atténue rapidement alors même qu'elle a été très active, puis cesse complètement, laissant les lésions dans l'état antérieur, exceptionnellement plus accentuées, quelquefois réellement atténuées ; mais dans aucune de nos observations l'amélioration n'a été assez éclatante pour être considérée comme une guérison, même temporaire. Parmi ceux de nos malades atteints de lupus ulcéreux, qui ont le mieux bénéficié du traitement, et dont mon savant collègue et ami M. Hallopeau va vous parler dans un instant, il n'en est pas un seul de guéri ; et le peu de jours qui se sont écoulés depuis la fin des inoculations ou depuis l'établissement de la tolérance suffit pour témoigner que l'amélioration produite n'est que temporaire.

Sur aucun de nos inoculés, nous n'avons pu obtenir la cicatrisation des cavernes lupiques qui persistent en arrière de l'orifice narinaire atrésié ou non, et que nous retrouvons dans l'état où elles étaient avant les inoculations.

Pour plusieurs de nos inoculés, pour la majorité, la tolérance a été atteinte, et l'action ne se produit plus. L'expérimentation se trouve, de fait, close.

Bien que nous ayons systématiquement eu recours aux petites doses, et que nous ayons écarté les inoculations, nous sommes arrivés dans la plupart des cas à épuiser l'action locale sur les tuberculomes. En vain d'autres ont-ils essayé d'élever les doses et de précipiter les injections, le même phénomène se produit ; la tolérance s'établit, par malheur, avant la guérison. Le malade de la clinique de von Bergmann, qui à la dixième injection faite avec 8 centigrammes ne réagissait plus et avait encore des nodules lupiques, n'est pas plus guéri que ceux de nos malades qui ne réagissent plus à la cinquième ou à la sixième injection, bien que nous n'ayons jamais injecté plus de 8 milligrammes à la fois, et le plus habituellement une dose beaucoup moindre. Cependant, a-t-on dit, cette tolérance n'est peut-être que momentanée, et il n'est pas impossible que dans quelques semaines, le cycle puisse être recommencé. Mais alors, et surtout si le délai se prolongeait, nous ne serions pas dans de meilleurs conditions qu'au début, car de nouveaux tubercules auraient reparu, et cela d'autant plus rapidement que l'état général se serait relevé. C'est une impasse.

VI. En résumé, au cours de la fièvre d'inoculation, il se produit dans les néoplasmes tuberculeux, ainsi que dans leur atmosphère immédiate, une irritation de type et de degré variables, mais dont la meilleure représentation est donnée par les poussées érysipéatoïdes spontanées, si communes dans le lupus vulgaire. Dans aucun cas, même dans les plus intenses, cette irritation n'a atteint le degré, ni la durée de l'érysipèle vrai. A la suite de ces phlegmasies éphémères, mais répétées dans un court espace de temps, on voit se produire, comme à la suite des poussées érysipéatoïdes, des affaissements plus ou moins accentués, des ébauches de cicatrisation, ou même des cicatrisations, un processus de résolution dans l'atmosphère congestive du lupus ; mais les tubercules proprement dits, les éléments essentiels et spécifiques de la maladie, restent stationnaires, ou même augmentent et se multiplient comme s'il ne s'était rien passé.

Quelques auteurs ont comparé l'action locale de la fièvre de Koch sur le lupus à celle que produit un érysipèle intercurrent envahissant le territoire du lupus ; cette comparaison n'est pas fondée. Même dans les cas où elle est le plus intense, la réaction locale de la fièvre phymatique n'atteint jamais les proportions, ni ne revêt les caractères de l'érysipèle vrai, ni dans la forme, ni dans la durée. L'érysipèle vrai, lorsqu'il atteint le lupus, ce qui est toujours rare et ce qui le devient plus encore dans les conditions nosocomiales nouvelles si heureusement faites par l'asepsie chirurgicale, et la séparation des malades atteint d'érysipèle, l'érysipèle vrai, en une seule atteinte, met le lupus dans un état de guérison apparente plus avancée qu'elle ne l'est chez aucun de nos cinquante inoculés. Mais même à la suite d'érysipèle vrai, comme après les érysipéatoïdes de tout ordre, la repullulation est la règle à laquelle je n'ai jamais trouvé d'exception.

VII. Il serait superflu, je pense, d'insister davantage ; je crois avoir jusqu'à satiété reproduit sur toutes ses formes l'expression de cette constatation que, sous l'action de la fièvre d'inoculation, le lupus subit parfois une action inhibitoire ou suspensive due aux modifications circulatoires et vasculaires, qui s'opèrent dans les néoplasmes tuberculeux, mais que ces modifications favorables sont incomplètes, insuffisantes, quelque dose du médicament que l'on emploie et quelque répétées que soient les inoculations.

Sur aucun de nos inoculés, nous n'avons obtenu un résultat supérieur ni même égal à celui que nous aurions réalisé par nos moyens ordinaires de traitement dans les mêmes délais. A la vérité, la plupart de ces moyens ont l'inconvénient grave d'être douloureux, mais ces douleurs, même en supposant que nous ne sachions pas les atténuer, sont certainement une bien petite chose à côté des affres et des douleurs de la fièvre de Koch. Voyez, comme exemple, la malade qui est couchée salle Alibert au n° 7, atteinte de lupus du centre de la face, de gommes multiples des membres,

et de coxalgie. La commission a trouvé sa situation trop critique et trop compromise pour la soumettre aux inoculations. Or, depuis le 26 janvier seulement, le lupus et les gommès ont été soumis au traitement topique et mécanique ; les gommès sont très avancées en cicatrisation ; l'état général est entièrement relevé, et aucun de nos lupus inoculés n'est aussi avancé en guérison que celui-là.

VIII. Dès à présent, les chirurgiens comme les dermatologistes reconnaissent que le secours de la chirurgie est nécessaire ou mieux que l'inoculation des toxines tuberculeuses n'a son action pleine qu'à la condition d'avoir été précédée par l'emploi des autres moyens de traitement.

En effet, si l'on rugine le lupus, qu'on le traite par la cautérisation ignée, ou par les cautérisations, ou encore qu'on mette sa surface à nu en irritant sa masse entière par la vésication, l'application d'un emplâtre pyrogallique, résorciné et créosoté, comme nous le faisons, on obtiendra même avec de petites doses des actions locales infiniment supérieures en intensité et en résultat curatif aux injections simples de lymphé tuberculeuse.

IX. Mais je ne veux pas abuser de votre attention bienveillante, et je conclus :

Dans les tuberculoses tégumentaires en général, et en particulier dans toutes les espèces, formes et variétés de la tuberculose lupique, l'inoculation de l'extrait glyciné des cultures sèches et pures du bacille de Koch produit une action locale dont l'effet le plus prochain est une réduction temporaire de masse, une atténuation momentanée des tissus tuberculisés.

Très notable dans toutes les formes ouvertes du lupus de Willan, elle diminue dans les variétés fermées, elle s'abaisse encore dans les formes sèches, scléreuses, fibreuses ; elle atteint son minimum dans le lupus de Cazenave, dont toutes les variétés sans exception sont sèches et fermées.

Dans toutes ces formes, elle peut être considérablement accrue par l'emploi simultané de tous les procédés thérapeutiques, qui mettent le lupus à ciel ouvert ou qui l'irritent profondément.

Sous le rapport curatif, cette action du remède, même répétée jusqu'à tolérance, est insuffisante pour amener la guérison dans l'immense majorité des cas ; elle n'est ni supérieure, ni même égale, dans ses résultats, aux procédés de traitement ordinaire dont nous disposons actuellement.

X. Mais, dans tous les cas sans exception, quelque faible que soit la dose de toxine injectée, l'action locale ne peut être obtenue sans produire une fièvre éphémère, mais d'intensité impossible à prévoir et qui, même avec les petites doses, même à la première injection, peut causer la mort du malade.

Dans les cas même où le danger n'atteint pas ces limites, le malade est toujours exposé à des accidents graves et prolongés ou définitifs, parti-

culièrement du côté du système circulatoire, du cœur, du cerveau et des reins, et à la mise en action funeste de foyers tuberculeux jusque-là latents et qui auraient pu rester latents, si l'inoculation n'avait pas été pratiquée.

Dans ces conditions, je ne me considère pas comme autorisé à continuer une expérimentation dont j'ai accepté la pleine responsabilité jusqu'à démonstration. Mais, aujourd'hui, ma conviction est établie ; je ne crois plus que le médecin soit autorisé à inoculer à l'homme les extraits des toxines de la tuberculose, et je ne pratiquerai plus d'inoculations. En agissant ainsi, je crois simplement me conformer aux traditions d'humanité et de respect de la vie humaine qui sont une des gloires les plus pures de la médecine française.

SUR L'EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DE LA LYPHME DE KOCH

Par M. HALLOPEAU.

N'est-il pas trop tard pour parler encore de la lympe de Koch ? Tout n'a-t-il pas été dit sur ses bienfaits et ses méfaits ? L'hostilité que lui oppose aujourd'hui l'opinion publique et qui contraste si étrangement avec l'engouement des premiers jours ne doit-elle pas d'ores et déjà la faire considérer comme définitivement condamnée ? A notre sens, la question mérite encore d'être discutée ; l'accord est en effet loin d'être complet à cet égard entre les médecins ; tandis que, d'un côté, plusieurs de nos maîtres les plus éminents en proscrivent éloquemment l'emploi, nous voyons, d'autre part, le professeur Kaposi, dont personne ne conteste la haute compétence, s'opposer à son abandon et conseiller de continuer à l'utiliser, au moins dans certaines formes de lupus ; MM. Neisser et Ewald disent en avoir obtenu des résultats qu'ils considèrent comme favorables ; MM. Grasset et Estor émettent l'opinion que la méthode de Koch ne peut pas produire d'accidents chez les sujets atteints de tuberculose cutanée ou chirurgicale si elle est appliquée convenablement et si l'on tient compte des contre-indications ; enfin Koch lui-même, dans une note récente, affirme qu'après un mois et demi d'études sur 150 malades atteints de tuberculoses variées il a vu les faits qu'il avait primitivement annoncés se confirmer pleinement et qu'il n'a rien à changer à sa communication antérieure : en présence de telles divergences, nous ne croyons pas inutile de faire connaître plus en détail les résultats de nos observations personnelles.

Seize malades de notre service ont été traités du 28 novembre au 26 janvier par les injections de lympe de Koch ; 8 d'entre eux étaient atteints de lupus vulgaires non ulcérés, 3 de lupus ulcérés, 1 de lymphan-

giectasie tuberculeuse suppurative, 1 de lupus érythémato-tuberculeux, 1 de lupus érythémateux, 2 de lèpre.

Nous laisserons systématiquement de côté, dans nos observations, les phénomènes, aujourd'hui banals, de réaction locale et générale qui ont été signalés par tous ceux qui ont employé la lymphe ; il nous suffira d'en faire ressortir les faits qui sont en contradiction avec les propositions formulées par Koch, et d'en tirer des conclusions relativement à la valeur thérapeutique de la médication :

1° Koch conseille d'injecter, chez les lupiques, comme dose initiale, un centième de centimètre cube de sa lymphe. — Sur la foi de son expérience et désireux d'avoir une réaction beaucoup moindre que celle qu'il indiquait, nous nous sommes arrêtés, pour nos deux premiers lupiques, à la dose de deux millièmes : or, l'un d'eux a atteint, le lendemain de l'injection, une température de $41^{\circ},3$; depuis lors, nous avons reconnu qu'un demi-millième suffit souvent à élever la température à plus de 40 degrés, et nous avons obtenu, chez plusieurs sujets, une réaction suffisante avec un quart de millième ; cette dernière dose est celle à laquelle on devrait toujours se restreindre au début chez les sujets qui sont atteints de lupus ulcérés sur une vaste surface ; la dose indiquée par Koch est donc de 10 à 20 fois trop élevée.

2° La durée de l'accès de fièvre que provoque l'injection est, d'après Koch, de douze à quinze heures ; nous l'avons vue souvent se prolonger pendant quarante-huit heures et quelquefois au delà ; il n'est donc pas toujours éphémère et, pour peu qu'il soit intense, on doit en tenir grand compte au point de vue de l'action nocive du liquide.

3° Koch assure que les malades supportent bien l'accès fébrile et que dès qu'il est passé, il se sentent mieux qu'avant sa production : or, ceux de nos malades qui ont réagi avec intensité ont, contrairement à cette proposition, accusé pour la plupart les sensations les plus pénibles et, particulièrement, un abattement profond, des douleurs dans les membres et souvent aussi dans les flancs et à l'épigastre, de l'insomnie ; chez plusieurs sujets, ces sensations ont persisté pendant plusieurs jours : elles se sont produites aussi chez des malades qui ne présentaient qu'une réaction d'intensité moyenne ; un de nos lépreux a été en proie, à deux reprises, pendant plusieurs heures, à de violents frissons ; tous nos malades ont pâli et plusieurs d'entre eux sont restés dans un état d'anémie très prononcé.

4° On peut, d'après Koch, injecter le liquide à doses rapidement croissantes : nos faits montrent qu'il est loin d'en être toujours ainsi. — Le nommé Jules P..., atteint d'un lupus éléphantiasique ulcéré du tronc et des membres, a reçu six injections d'un demi-millième : or, la sixième a fait monter sa température à $40^{\circ},2$, alors qu'à la première elle ne s'était élevée qu'à $39^{\circ},8$. Chez le nommé Steig..., atteint d'un lupus érythémato-tuberculeux, deux injections d'un millième ont fait monter

le thermomètre à 40°,5 ; une troisième injection d'un demi-millième l'a fait monter à 40°,8. Il a fallu abaisser la dose à un quart de millième pour limiter à 39° l'ascension thermique. Le nommé Jules Gr... est monté à 40° avec un demi-millième, après avoir atteint 41°,3 et 40°,2 avec deux premières injections de 2 millièmes. *Il résulte de ces faits que la tolérance peut-être longue à s'établir.*

5° Koch attribue à son liquide une action élective sur les lésions tuberculeuses. — Nous n'avons pu contrôler que dans une faible mesure ce qu'il dit à ce sujet, car nous nous sommes abstenus, de parti pris, de toute injection chez des malades atteints d'autres dermatoses que les lupus et les différentes formes de tuberculose locale ; nous n'avons fait exception que pour deux cas de lépre en raison des faits favorables publiés à l'étranger ; or, chez un de ces lépreux, une injection de 2 millièmes a provoqué, en même temps qu'une réaction des plus pénibles et une ascension thermique à 39°, la tuméfaction de tubercules lépreux localisés aux jambes et, dans ces mêmes parties, des douleurs intenses qui ont persisté pendant plusieurs jours, en privant le malade de sommeil. Ce fait vient s'ajouter à ceux qu'a mis en relief M. Verneuil pour établir que cette proposition de Koch n'est pas admissible.

6° Enfin Koch explique les effets de son liquide par l'action d'une substance nécrosante qui altérerait certains éléments histologiques ; il est possible qu'il en soit ainsi, mais ce n'est là cependant qu'une hypothèse ; la seule conclusion que l'on puisse tirer des faits observés, c'est que le liquide de Koch est un agent pyrétogène et phlogogène d'une grande puissance ; à ces deux titres, il peut donner lieu aux plus graves accidents.

L'action phlogogène s'exerce en toute évidence sur les foyers lupiques, mais elle ne leur est pas circonscrite.

Chez Jules Gr..., nous avons vu se produire, le lendemain d'une injection, une éruption de pustules disséminées sur le tronc.

Chez le même malade, il s'est développé une endocardite que nous sommes en droit de rapporter à l'action phlogogène de la lymphe ; nous avons en effet constaté chez lui, quinze jours après la première injection, l'existence de bruits de souffle systoliques et diastoliques à la pointe et à la base ; le bruit systolique de la base a pris, depuis lors, un caractère râpeux ; or, nous avons ausculté le malade avant de lui pratiquer la première injection et nous ne nous étions décidé à le choisir pour lui faire subir le traitement de Koch qu'après nous être assuré que son cœur était intact ; nous avons noté à ce moment dans l'observation qu'il n'y avait rien au cœur ; d'autre part, ce malade, atteint d'un lupus végétant des plus rebelles, avait été chloroformé vingt fois depuis un an pour faciliter les cautérisations avec le thermocautère ; or, nous avons pour règle absolue de ne jamais donner le chloroforme qu'après nous être assuré que le cœur n'est pas malade ; enfin nous avons pu reconnaître,

pendant les semaines qui ont suivi la constatation des bruits anormaux, la production de changements considérables et dans les caractères de ces bruits et dans le volume du cœur, ce qui est bien en rapport avec l'idée d'une maladie d'origine récente et en voie d'évolution ; *Jules Gr... a donc contracté, sous l'influence du traitement de Koch, une endocardite qui s'est traduite par la production d'une insuffisance mitrale et aortique avec rétrécissement aortique.*

On peut s'expliquer cette complication par la violence de la réaction qui a atteint chez lui, après la première injection de 2 millièmes, le chiffre de 41°,3.

Aucun autre malade n'a présenté de complication aussi nettement caractérisée du côté du cœur, mais, chez plusieurs, il y a eu lieu de penser que cet organe a été touché ; chez la nommé Fisc..., nous constatons l'existence d'une notable arythmie cardiaque ; chez L..., le pouls est devenu très irrégulier ; chez Bel..., les battements du cœur et du pouls ont présenté un très notable affaiblissement à la suite de chaque injection ; chez Vil... et chez Armand G... nous notons également des inégalités et des irrégularités dans les battements du cœur ; chez chacun de ces malades nous nous étions assuré, avant de commencer le traitement que le cœur était intact.

Il résulte de ces faits que l'action phlogogène de la lymphe de Koch peut s'exercer sur l'endocarde, et sans doute aussi sur le myocarde, et donner lieu ainsi à des lésions indélébiles.

Parmi les accidents que peut entraîner cette action phlogogène, nous devons encore mentionner la production d'abcès volumineux ; chez L..., dont nous avons publié récemment l'observation avec M. Goupil, sous le titre de *lymphangiectasie suppurative d'origine tuberculeuse*, une collection purulente, située à la partie interne de la cuisse gauche, a pris un développement considérable en même temps qu'elle devenait douloureuse et que l'état général subissait une aggravation telle que nous avons pu craindre, pendant quelques jours, une issue fatale ; le malade n'avait cependant reçu, du 5 décembre au 10 janvier, que cinq injections, la première d'un demi-millième, les autres d'un millième et demi et la dernière ascension thermométrique n'avait été que de 39 degrés.

Chez Jules P..., atteint de nombreux foyers lupiques très étendus du tronc et des membres et dont nous avons communiqué l'observation en 1889 aux réunions cliniques de l'hôpital Saint-Louis, la septième injection n'avait été que d'un quart de millième et le thermomètre n'était monté cette fois qu'à 39°,4 ; néanmoins, il s'est développé, trois jours après, une tuméfaction douloureuse du poignet droit avec nouvelle réaction fébrile ; les ulcérations préexistantes se sont agrandies ; une collection purulente s'est produite ; peu de jours après, un autre abcès s'est formé, sans cause appréciable, au pourtour du genou gauche ; cet abcès a atteint des proportions considérables ; son volume égalait celui d'une

tête de fœtus ; après avoir été ouvert avec les précautions antiseptiques, il est actuellement en voie de guérison ; depuis plus d'un an que nous suivions ce malade, rien de semblable ne s'était produit : *ici encore il faut invoquer, sans aucun doute, l'action nocive de la lymphé de Koch.*

Les dangers que fait courir aux malades le traitement de Koch ont malheureusement été déjà trop bien mis en évidence par les nombreux cas de mort qui sont survenus à l'étranger. Les premiers faits qui ont été publiés à Berlin permettaient de prévoir que ces dangers se produiraient si l'on employait les doses primitivement indiquées par Koch ; ils montraient, en effet, que les injections donnaient lieu souvent à une hyperthermie s'élevant à plus de 41° ; on sait, de longue date, que l'organisme humain ne supporte pas impunément de pareilles élévations de température, et une médication qui n'agissait qu'en les provoquant à plusieurs reprises était condamnée. d'avance ; l'on devait *a priori* repousser la mise en usage de ce traitement, s'il ne devait être actif qu'à ce prix. C'est dans le but d'éviter ces réactions trop intenses que nous avons constamment employé des doses très inférieures à celles que Koch avait indiquées comme les mieux appropriées, et si, néanmoins, nous avons plusieurs fois provoqué des hyperthermies, c'est parce que les premières publications faites en Allemagne sur ce sujet nous avaient induit en erreur ; nous ne pouvions nous douter qu'en employant chez les lupiques, des doses vingt fois moindres que celles qui étaient conseillées, nous ferions monter la température à près de 41°.

Instruit par nos expériences personnelles et par celles de nos collègues, nous sommes arrivé à ne plus produire que des réactions modérées, en prenant pour dose initiale, suivant les cas, un demi-millième ou un quart de millième et en n'élevant ultérieurement la dose que si la température n'atteint pas 39°.

Mais la *médication, même ainsi restreinte, est elle inoffensive ? Malheureusement non* : c'est avec elle que nous avons vu se produire, chez deux de nos malades, ces suppurations assez abondantes pour mettre en péril leur existence et les rendre cachectiques ; chez d'autres, l'arythmie cardiaque ; chez d'autres un état d'anémie profonde, donnant lieu encore aujourd'hui, seize jours après la cessation du traitement, à des bruits de souffle intenses à la pointe et à la base du cœur, aussi bien que dans les vaisseaux du cou.

Ces injections si dangereuses sont-elles du moins efficaces ? Une violente réaction locale liée elle-même à une violente réaction générale paraît être la condition prochaine des résultats merveilleux obtenus en Allemagne ; nous ne les avons vu se produire que chez notre premier malade, Jules Gr... ; son lupus de la face, ulcéreux et végétant, traité en vain depuis quatre ans, d'abord, par M. Lailler, puis par nous, par de profondes cautérisations avec le thermo cautère, s'est très notablement

affaîssé après la première injection pratiquée dans notre service, sous les yeux de la commission, avec la lymphé que notre collègue M. Péan avait bien voulu mettre à notre disposition ; bientôt, sous l'influence de nouvelles injections, sa surface est devenue presque complètement lisse en même temps que les ulcérations se cicatrisaient dans la plus grande partie de leur étendue ; mais la guérison est loin d'être complète ; on distingue encore de nombreux tubercules intradermiques ; il reste des parties ulcérées ; les dernières injections n'ont plus produit qu'une très faible réaction générale et locale et déjà la plaque lupique recommence à végéter.

L'emploi de la lymphé de Koch, à doses modérées amène souvent une notable amélioration ; les tubercules s'affaîssent et pâlisent, les ulcérations se cicatrisent partiellement, les orifices fistuleux se ferment, mais il y a loin de là à la guérison ; au bout d'un certain temps, la tolérance s'établit et les malades ne réagissent plus ; le lupus présente une nouvelle période d'accroissement.

Les lupus ulcérés ne paraissent pas être plus favorablement modifiés par le traitement que les autres ; le nommé Armand G..., a reçu du 17 décembre au 22 janvier, 7 injections : la dernière était de 4 millièmes et demi ; les ulcérations lupiques qu'il présentait aux narines ont persisté et, depuis que le traitement a été interrompu, elles se sont étendues dans des proportions considérables, comme si la maladie avait pris une nouvelle activité.

L'amélioration la plus notable s'est produite chez une de nos anciennes malades qui a été traitée, à l'hôpital Laënnec, par M. le professeur Straus : elle a reçu, du 6 décembre au 14 janvier, 18 injections avec des doses qui ont varié d'un quart de millième à un centième ; à partir de la neuvième, qui a été de deux millièmes, la réaction générale a été à peu près nulle ; ce lupus avait été antérieurement très favorablement modifié par un traitement prolongé avec le thermocautère ; il restait néanmoins, lors de l'entrée de la malade dans le service de M. Straus, plusieurs tubercules lupiques sur les ailes du nez ; ils n'étaient pas ulcérés ; actuellement, ces tubercules ne laissent plus guère de trace apparente ; il y a cependant, sur la cloison, un petit nodule nettement appréciable, à la vue et au toucher ; il semble néanmoins, au premier abord, que ce soit là un cas de guérison presque complète ; mais ce n'est là qu'une apparence : il subsiste, en effet, chez cette malade, une lésion lupique en activité ; l'examen des fosses nasales, pratiqué par M. Potiquet, a en effet donné les résultats suivants : on voit, du côté gauche, sur la portion antéro-inférieure de la cloison cartilagineuse, une altération de la muqueuse du diamètre d'une lentille environ, de forme arrondie ; elle est constituée, à la périphérie, par une zone d'un blanc grisâtre, légèrement surélevée et limitée en dehors, de place en place par un fin liséré rouge ; au centre, elle présente une dépression d'où le sang suinte aisément sous la pression.

du stylet ; celui-ci, promené sur la zone périphérique, donne la sensation d'un tissu un peu épaissi et mollasse, sensation toute différente de celle que donne en cette région la muqueuse saine de la cloison. La malade éprouve au niveau de cette lésion une sensation de gêne, une douleur obtuse qu'exagère l'attouchement avec le stylet ; il s'agit là, selon toute vraisemblance, d'une ulcération lupique qui a persisté malgré le traitement par la lymphe ; cette malade ne peut donc nullement être considérée comme guérie.

Il résulte de ces faits que nos conclusions relatives à l'emploi de la lymphe de Koch dans le traitement des tuberculoses locales doivent être nécessairement presque complètement négatives ; les dangers qu'il fait courir aux malades, alors même qu'on y a recours avec la plus grande prudence, comme nous l'avons fait à Saint-Louis, nous paraissent hors de proportion avec les services qu'il peut rendre ; nous nous abstiendrons, pour le moment, de continuer cette médication ; les seuls cas dans lesquels le traitement par cette lymphe nous paraîtrait justifié seraient ceux dans lesquels des malades, atteints de lupus rebelles à tout traitement, consentiraient sciemment et volontairement à courir le risque de graves complications pour obtenir une amélioration.

Si donc la découverte de Koch permet d'étudier plus complètement l'action de ces produits de culture, dont l'intervention dans le genèse des phénomènes infectieux avait déjà été établie scientifiquement, sa valeur thérapeutique est des plus restreintes ; nous ne croyons pas que, dans les conditions actuelles, la nouvelle lymphe doive être utilisée dans la pratique courante, et nous nous refusons, pour notre part, sauf dans les cas très exceptionnels que nous avons indiqués, à l'employer comme médicament, à moins que, contrairement à toute prévision, l'on ne parvienne à obtenir son action bienfaisante en évitant son action nocive.

UNE OBSERVATION DE SYPHILIS CONCEPTIONNELLE

Par M. le Dr PAUL RAYMOND.

La syphilis par conception est la syphilis qu'une femme enceinte prend non pas d'un homme syphilitique, mais de son enfant procréé syphilitique par cet homme. L'étude de la syphilis conceptionnelle élucidée de nos jours par les travaux de Hutchinson, de Diday, de Fournier notamment est des plus importantes ; elle donne l'explication d'un grand nombre de faits qui passaient pour incompréhensibles et particulièrement de la célèbre loi de Colles.

La syphilis conceptionnelle se présente de deux façons différentes.

Tantôt, dans le courant de la grossesse, la femme présente tous les signes d'une syphilis à la période secondaire, mais il n'y a pas de chancre, pas d'adénopathie ; il n'y en a pas eu.

Le père est syphilitique mais il n'a pas d'accidents contagieux et pourtant il a contagionné sa femme et cela par le mécanisme suivant : il a procréé un enfant syphilitique et celui-ci a contaminé sa mère *in utero*. La porte d'entrée du virus syphilitique n'est pas extérieure, il n'y a pas de chancre, pas de période primaire : cette syphilis est décapitée.

Dans une autre série de faits, on ne trouve chez la femme aucun accident syphilitique pendant la grossesse. L'enfant vient au monde présentant des manifestations syphilitiques de tout ordre. Il est nourri par sa mère et il ne lui donne pas la syphilis. Ce sont ces faits d'apparence paradoxale qu'avaient étudiés Colles en Angleterre et Baumès à Lyon et pour lesquelles a été formulée la loi suivante, dite loi de Colles : un enfant hérédo-syphilitique *de par son père*, ne donne pas la syphilis à sa mère. Voilà certes une affirmation qui semblait venir à l'encontre de tout ce que l'on savait de la syphilis. Tandis, en effet, qu'un enfant né sain mais atteint accidentellement de syphilis contagionne sa mère, un enfant né syphilitique ne la contagionne pas. S'il en est ainsi, il faut que la mère soit vaccinée en quelque sorte contre la syphilis ; il faut en un mot, qu'elle soit syphilitique elle aussi. Et de fait, les recherches dirigées dans ce sens, ont montré que si ces femmes ne prenaient pas la syphilis, c'est parce qu'elles étaient syphilitiques, mais que chez elle cette syphilis était à l'état latent, qu'elle évoluait silencieusement et sans produire aucun symptôme. Voici un fait qui est typique et qui montre bien que cette latence de la syphilis est réelle mais qu'elle peut disparaître un jour, la maladie évoluant alors comme sur une femme contaminée directement.

M. X..., prend la syphilis au mois de juin 1874 à l'âge de 29 ans. Il se soigne régulièrement et la maladie évolue chez lui d'une façon bénigne. Accidents secondaires légers en 1874 et 1875. En juin 1877 n'ayant eu aucun accident spécifique depuis plus d'un an, M. X... se marie. Au mois de mars 1878 naissance à terme d'un premier enfant parfaitement sain. Cet enfant vit et ne présente actuellement aucun signe de syphilis héréditaire. A la fin de 1880, M^{me} X..., enceinte pour la seconde fois, accouche à huit mois d'un enfant chétif qui mourut cinq semaines après, couvert de boutons. Au mois d'avril 1882, troisième accouchement d'un enfant né aussi au huitième mois, malingre, et qui ne vit qu'à force de soins. Cet enfant est mort depuis, de la diphtérie, à l'âge de 4 ans : bien qu'à cette époque mon attention n'ait pas été appelée sur la possibilité de la syphilis, je ne me souviens pas d'avoir vu chez lui aucun stigmate de syphilis héréditaire. Il était toujours souffrant et à ce propos je ferai remarquer un fait qui m'a déjà frappé chez les enfants nés de parents syphilitiques, surtout récents, alors même que ces enfants n'ont pas de trace de syphilis héréditaire, et qu'on peut les considérer comme sains. J'ai

plusieurs fois rencontré, une débilité, un défaut de résistance, une sorte d'inaptitude à la vie qui font que ces enfants mal armés pour la lutte prennent toutes les maladies. Je connais actuellement deux familles syphilitiques dont les enfants sont sains : dès qu'il y a une maladie régnante je suis à peu près sûr qu'ils vont l'avoir.

En résumé, première grossesse : enfant à terme, sain et resté sain ; deuxième grossesse : enfant né avant terme, hérédo-syphilitique, mort à cinq semaines. Troisième grossesse : enfant né avant terme, sans manifestations syphilitiques, mais malingre et sans résistance contre la maladie.

Quant à M^{me} X..., qui est d'une bonne constitution, *elle n'a jamais présenté d'accidents*. Mais tandis que la 1^{re} grossesse s'est très bien passée, il y a eu pendant la 2^e des troubles de la santé générale et pendant la 3^e des métrorrhagies. Je la connais depuis sept ans et, sauf quelques indispositions, je ne l'ai jamais vue malade. Au mois d'avril 1890 elle vient me consulter pour une éruption dont elle s'est aperçue d'une façon toute fortuite et qui siège à la partie supéro-externe de la cuisse gauche au-dessus et en arrière du grand trochanter. Cette éruption ne lui cause aucune douleur, mais par moment un peu de prurit. Depuis deux ou trois mois M^{me} X..., qui vient d'éprouver des ennuis de tout genre, est fatiguée et un peu anémiée. Je reconnais facilement une syphilide tuberculo-squameuse, un peu moins grande qu'une pièce de 5 fr., parfaitement circulaire : le centre est recouvert de lamelles nacrées qu'on enlève facilement et qui laissent au-dessous d'elles une surface un peu moins saillante que les bords, de la coloration rouge cuivré de la syphilis tertiaire. A la partie supérieure de cette plaque, trois ou quatre petits tubercules disséminés. J'estime que l'éruption date au moins d'un mois. J'institue immédiatement le traitement mixte par le sirop iodo-tannique biioduré : la plaque syphilitique est recouverte d'emplâtre de Vigo. Au bout de quinze jours les tubercules s'affaissent et se décolorent ; après cinq semaines de traitement la malade peut être considérée comme guérie.

En résumé, mon observation montre que cette femme qui n'a jamais été contagionnée par son mari, celui-ci étant resté indemne, je le répète, depuis 1876 ; qui a eu de lui un premier enfant sain, et qui n'a jamais présenté de manifestations spécifiques tout en ayant donné naissance à un enfant syphilitique, était pourtant, elle aussi, syphilitique.

Chez elle, la syphilis est restée latente sans donner lieu à aucun symptôme pendant dix ans, puis tout à coup se sont manifestés des accidents tertiaires. Est-ce là un fait isolé ? Certes non, et les observations de syphilis conceptionnelle, latente pendant un grand nombre d'années, existent dans la science. M. Behrend a vu une femme qui ne présenta d'accidents tertiaires qu'au bout de quinze ans. MM. Diday, Fournier, Charrier, Barthélemy, etc. ont cité des cas semblables. Si dans ces cas la syphilis a

manifesté sa présence par des lésions cutanées ou autres, il semble bien que parfois elle reste latente toute la vie.

Il n'y a aucune manifestation spécifique et pourtant l'infection n'en est pas moins réelle. Telle est la raison de cette immunité apparente de la femme contre l'hérédo-syphilis de son enfant.

Il est accessoirement, dans cette observation, un autre point que je relèverai. Le premier enfant, ai-je dit, est né sain et il est encore indemne de syphilis héréditaire. Le second enfant est né syphilitique, le troisième est né sain bien qu'avant terme. Ces faits montrent, ce qui est à vrai dire connu, qu'un père syphilitique peut fournir des enfants sains s'il n'est pas à une époque trop éloignée de son traitement, puis un enfant syphilitique s'il a perdu de par le temps le bénéfice de ce traitement et enfin un enfant sain, s'il se traite à nouveau ou si chez lui la maladie s'éteint.

Je ferai en terminant une dernière remarque. On voit tous les jours des femmes qui viennent consulter leur médecin pour des manifestations syphilitiques tertiaires. A l'idée qu'elles ont pu avoir la syphilis, elles opposent les dénégations les plus formelles. Je crois que beaucoup d'entre elles sont de bonne foi : elles ont été atteintes de syphilis par conception. Leur enfant est mort avec ou sans lésions syphilitiques apparentes (car cela se rencontre dans la syphilis héréditaire). Leur mari n'a jamais eu de lésions syphilitiques à leur connaissance, et cela est encore vrai puisque le père syphilitique peut procréer alors même qu'il paraît guéri, un enfant syphilitique. La maladie a donc passé inaperçue. Seules les lésions tertiaires viennent affirmer que cette femme a été jadis contaminée. Voilà encore une des causes qui font que l'étude de la syphilis est si difficile chez la femme.

M. ERNEST BESNIER. — Les observations de cette nature sont peu nombreuses ; elles sont fécondes en enseignements pour la pratique. Je veux retenir un point dans la communication de M. Raymond. J'ai été aussi frappé de ce fait que les enfants syphilitiques ont une réceptivité particulière vis-à-vis des maladies ; la même chose semble exister pour les adultes ; j'ai vu dans deux ou trois cas des pères syphilitiques contracter des angines diphtéritiques devenues particulièrement graves en soignant leurs enfants malades ; il semble que la syphilis, soit par les lésions locales qu'elle a entraînées, soit par le fait seul de son existence, ait été une cause prédisposante à la maladie.

M. A. FOURNIER. — L'observation rapportée par M. Raymond contient des renseignements fort intéressants. Que voyons-nous dans ce cas ; un père avoir d'abord un enfant sain, puis un deuxième enfant syphilitique ; un troisième enfant douteux. C'est l'inverse de ce que nous voyons habituellement. D'ordinaire, ce sont les premières grossesses qui se terminent par avortement, puis viennent les naissances des enfants syphilitiques

et plus tard des enfants sains. Cela a une grande importance pour la pratique. En effet, un syphilitique, quand il est marié, s'il a un enfant sain, a une tendance naturelle à considérer la syphilis comme éteinte chez lui et par conséquent à abandonner tout traitement. Les cas comme celui que nous discutons sont assurément l'exception ; mais ils doivent rendre circonspects au point de vue de ce que l'on doit faire en pratique, puisqu'un père syphilitique peut ainsi, après avoir engendré un enfant sain, engendrer ensuite un enfant syphilitique.

TRAITEMENT ABORTIF DES BUBONS PAR DES INJECTIONS DE BENZOATE DE MERCURE

PAR M. EDOUARD WELANDER, de Stockholm.

Lecture est donnée au nom de M. Welander, membre correspondant, par M. Feulard, secrétaire, du mémoire suivant :

Quelque approprié et quelque utile que soit le traitement actuel des bubons (grandes incisions, extirpation), il n'en est pas moins entaché d'inconvénients très graves, parmi lesquels figurent surtout ces grandes cicatrices défigurantes qui durent aussi longtemps que la vie, comme témoins des souffrances passées, et sur l'origine desquelles il peut être, dans certains cas, très pénible d'avoir à donner des explications.

Je me suis en conséquence mis de longue date en quête d'un remède propre à empêcher la suppuration des bubons, et par suite les incisions et les cicatrices qui en dérivent. Pour des raisons théoriques qui seront indiquées plus bas, j'ai commencé à employer dans ce but des injections de benzoate de mercure, et cela avec un très grand succès.

En 1887, je fis, quoique sans résultats décisifs, une quantité de recherches sur les bactéries du chancre mou ; j'essayai aussi d'en faire des cultures pures sur la peau humaine, dans l'espérance de me défaire d'autres microbes, spécialement des staphylococcus et des streptococcus, qui existent presque toujours dans les chancres mous sur les organes génitaux. Cette circonstance m'amena à penser que dans la plupart des cas de bubons, ce n'était pas la petite bactérie bacilliforme (la bactérie soupçonnée du chancre) que j'avais trouvée de temps à autre dans les chancres, mais précisément ces staphylococcus qui dans la règle étaient la cause des bubons.

Il me parut alors que s'il en était ainsi, je devrais pouvoir tuer ces microbes dans les bubons mêmes par des injections de sublimé, cette substance étant propre à empêcher les bactéries de croître, même en solution excessivement faible dans une culture.

Les chancres mous et les bubons étaient alors si rares à Stockholm,

que je ne pus faire que deux ou trois essais. Depuis août 1890, ces chancres, et avec eux les bubons, se sont accrus très considérablement dans la capitale, ce qui me fournit des occasions nombreuses d'essayer mes injections.

DUCHEY prétend, il est vrai, qu'il n'existe pas de microbes dans les bubons, que ces derniers sont produits par des toxines dues aux bactéries du chancre simple, que tous les bubons sont de la même nature, et que si un bubon devient virulent, la toxine du chancre y est arrivée du dehors après l'ouverture du bubon.

Cette opinion n'est pas exacte, selon moi ; un petit nombre de bubons sont virulents par eux-mêmes (circonstance probablement due à l'immigration de bactéries du chancre par les voies lymphatiques). Il peut en effet survenir un bubon virulent, quoique l'on ait pratiqué une incision après que la plaie du chancre a déjà été guérie quelques jours. Ensuite, le pus du bubon, pris immédiatement après l'incision, peut être inoculable et donner dans une quantité de génération des chancres mous typiques ; en outre, les bubons peuvent et avec la même marche que suivent la plupart d'entre eux après des chancres simples, se produire à la suite de toutes les ulcérations possibles dans les parties génitales, et il ne peut pas être question ici de toxines de chancres mous.

Je crois, pour cette raison, que ce sont, dans la grande majorité des cas, les staphylo-streptococcus, fréquents dans les parties génitales, de même que partout ailleurs, qui immigrent par toutes les ulcérations possibles, ici toutefois plus facilement par les profondes ulcérations chancreuses et qui, pénétrant dans les glandes par les voies lymphatiques y produisent la très grande majorité des bubons. Dans des cas isolés, les bactéries du chancre peuvent cependant, sans nul doute, s'introduire par les voies lymphatiques dans les glandes et donner naissance à un bubon virulent (ce qui naturellement n'empêche pas que dans un bubon ouvert non virulent le virus du chancre ne puisse entrer dans la suite et rendre secondairement ce bubon virulent).

Or, si ces staphylococcus sont l'origine des bubons, on devrait pouvoir les tuer, et arrêter ainsi le développement des bubons par l'injection d'une solution de sel mercuriel facilement soluble. Je crus devoir choisir pour mes expériences le benzoate de mercure, qui, en général, cause peu de douleur et produit des infiltrations très insignifiantes, si on l'injecte par exemple dans les fesses.

Je me suis servi d'une dissolution à 1 0/0, avec addition de 0,30 0/0 de chlorate de soude. J'en ai injecté habituellement 1 gramme, avec répartition sur deux points dans les bubons mêmes. Dans deux bubons de dimensions considérables, j'ai injecté 1/2 gramme sur trois points différents, toujours après que la peau eut été lavée avec une dissolution de sublimé. L'injection faite, j'ai appliqué un léger bandage de pression ;

quand la peau est devenue rouge alors ou plus tard, je l'ai badigeonnée au pinceau avec une solution d'ichtyol. Le malade a dû garder le repos.

Tous les bubons dans lesquels j'ai pratiqué des injections étaient en voie de croissance; leur grandeur variait entre celle d'un petit œuf de poule et la grosseur du poing.

J'ai traité de la sorte 100 bubons. (Je ne compte pas quelques cas encore en traitement, quoiqu'ils promettant tous des résultats favorables.)

Cinq de ces bubons étaient virulents, et la marche qui fut la même dans tous les cas a été la suivante: après l'injection, augmentation de la tumeur, douleur et fluctuation, ainsi qu'écoulement de pus par les deux ouvertures d'injection qui, à l'instar de la plaie d'incision, se sont promptement transformées en chancres mous typiques. Le développement de ces bubons n'a été arrêté en aucune manière par les injections.

Sur les 96 bubons restants, la fluctuation a été nulle ou insignifiante dans 76 cas. La marche consécutive à l'injection a été dans la règle la suivante: immédiatement après les injections, douleur et sensibilité accrues, mais diminuant fortement après 12-24 heures; les jours suivants, réduction considérable de l'infiltration, disparition de la douleur, mais apparition fréquente de la fluctuation parfois très considérable (dans 8 ou 9 cas, pendant deux ou trois jours, quelques gouttes de pus se sont écoulées par le canal d'injection, ce qui toutefois n'a pas laissé la moindre trace); au bout de quelques jours encore, absorption rapide de la partie fluctuante, après quoi, dans la règle, on ne sentait plus qu'une petite infiltration insignifiante, qui n'empêchait pas le malade de se livrer à des travaux même pénibles. Dans la plupart des cas, la durée a été de 2 à 3 semaines.

Dans 68 cas sur 76, c'est-à-dire dans 89,5 0/0, la marche a été celle qui vient d'être mentionnée, à savoir que le bubon a disparu sans la moindre formation de cicatrice dans la peau; dans 8 cas seulement, j'ai été forcé de faire tôt ou tard une incision d'ordinaire petite.

19 cas ont offert une fluctuation très considérable; le plus habituellement, la peau était restée relativement épaisse et bien nourrie. Dans 10 de ces cas, l'absorption de la partie fluctuante et la disparition de l'entourage infiltré ont rapidement suivi l'injection; dans 9 cas, j'ai dû ouvrir le bubon.

Quand la peau était très mince, d'un rouge bleuâtre, je n'ai pas pratiqué d'injection; dans deux bubons toutefois, dont la peau se trouvait déjà en désagrégation vers le milieu de la tumeur, mais où les parties environnantes offraient une infiltration considérable, j'ai pratiqué, ces derniers temps, une injection qui a évidemment contribué à la réduction rapide de cette infiltration.

Par comparaison, j'ai négligé dans trois cas d'injecter du benzoate de mercure dans trois bubons: l'un était de la grosseur d'un petit œuf de

poule non fluctuant; comme il croissait journellement, je finis par faire une injection après laquelle le bubon se réduisit promptement. Des deux autres, l'un présentait une fluctuation insignifiante, tandis qu'elle était considérable dans le second. Dans les deux cas, la fluctuation augmenta si fortement, qu'une incision devint nécessaire au bout de quelques jours. Aucun des bubons n'était virulent.

Ces expériences me paraissent légitimer les conclusions suivantes :

1° Si le bubon est virulent en lui-même, l'injection de benzoate de mercure est incapable d'en arrêter la marche. Il passe à la suppuration.

2° S'il existe une fluctuation considérable et que la peau soit mince, d'un bleu rouge, l'injection est uniquement utile en ceci, que l'infiltration qui peut exister tout autour sera plus promptement réduite, mais il sera nécessaire d'ouvrir le bubon.

3° S'il existe une fluctuation très considérable, mais que la peau, quoique rouge, soit épaisse et bien nourrie, il y a, si l'on pratique l'injection dans l'infiltration du pourtour beaucoup de chances (peut-être dans 50 0/0 des cas) pour qu'il ne soit pas nécessaire d'ouvrir le bubon.

4° Si la suppuration est nulle ou insignifiante, il existe la plus grande probabilité (peut-être 90 0/0) d'obtenir un heureux résultat, même s'il se produisait pendant quelques jours une fluctuation assez considérable. et même s'il sortait pendant quelques jours quelques gouttes de pus par le trou d'injection.

UN CAS DE LICHEN PLAN UNILATÉRAL GAUCHE, NE DÉPASSANT PAS LA LIGNE MÉDIANE, ET SUIVANT LE TRAJET DES NERFS.

Par M. DJÉLALEDDIN MOUKHTAR.

La petite malade dont nous avons l'honneur de présenter l'observation, est âgée de 18 mois; nous l'avons observée à la polyclinique de M. le professeur Fournier, à l'obligeance duquel nous devons de pouvoir présenter cette observation.

Pas de maladies antérieures à signaler, l'enfant ayant toujours été bien portante. Elle était cependant assez nerveuse; seuls le père et la mère pouvaient s'en approcher; la vue d'autres personnes la faisait crier et pleurer.

L'apparition des dents a un peu exagéré son excitabilité nerveuse, sans pourtant causer d'accidents. L'enfant a été sevrée il y a deux mois.

L'affection de la peau n'a apparu qu'au commencement du dixième mois de sa vie; auparavant l'enfant était absolument indemne à ce que nous affirme la mère, qui, très soucieuse de la santé de son enfant, l'inspectait fréquemment.

La maladie aurait débuté par l'apparition sur la face dorsale du gros orteil gauche de quelques petites élevures, qui se montrèrent peu après sur la jambe, la cuisse, un mois après le début de la maladie, le flanc était pris à son tour.

L'éruption n'aurait été ni précédée ni suivie de démangeaisons au dire de la mère ; mais les signes de grattage, constatés par nous autorisent à douter quelque peu de cette affirmation.

L'enfant a conservé son appétit, son état nerveux n'a pas été exagéré par la maladie.

Au moment de la première observation, 18 septembre 1890, nous constatons que l'enfant est pâle, lymphatique, mais nullement amaigri.

L'éruption existe sur le flanc, la fesse, la cuisse, la jambe et le pied gauches.

Il n'y en a en aucun autre point du corps.

Sur le flanc, elle est limitée en arrière exactement par la ligne médiane, elle contourne le flanc et vient en avant se limiter aussi très exactement à la ligne médiane antérieure. Sur ce trajet les éléments sont groupés en trois rubans de la largeur d'un doigt environ qui suivent en descendant d'arrière en avant le trajet des branches antérieures des 3 nerfs lombaires. Entre ces rubans il y a des éléments disséminés. En avant, près de la ligne blanche ils forment un semis très riche, qui commence à 2 centimètres de l'ombilic et descend jusqu'au pubis.

Sur la fesse il n'y a pas de groupement linéaire, mais des éléments disséminés.

De là, l'éruption descend sur la cuisse en suivant le trajet que suit dans la profondeur le tronc du nerf sciatique ; arrivée au creux poplité, la ligne que suit la lésion se détourne en dehors suivant le trajet du nerf sciatique poplité externe, au niveau de la jambe la ligne se trouve dans la région antéro-externe, le long du nerf tibial antérieur ; au cou-de-pied elle franchit la ligne médiane antérieure du membre et se dirige vers le gros orteil suivant le rameau interne provenant de la division du nerf tibial antérieur.

Dans tout ce trajet les éléments ne sont pas à proprement parler alignés dans un ordre régulier ; ils sont plus ou moins abondants suivant les points, il y a même des interruptions assez notables. Mais il y a manifestement une tendance au groupement sur cette ligne, les éléments y sont plus rapprochés les uns des autres sans pourtant confluer absolument, tandis qu'en dehors d'elle on ne trouve que des éléments isolés.

On peut constater les caractères des éléments aussi bien en prenant pour type ceux qui constituent les rubans, qu'en étudiant les éléments isolés et aberrants.

Ces éléments sont des papules de dimensions variées ; les unes, les plus nombreuses, sont de l'étendue d'une tête d'épingle ou plus petites

encore ; d'autres plus grandes ont un diamètre de trois millimètres : entre ces deux extrêmes on trouve toutes les intermédiaires.

Ces papules sont de couleur jaune chamois, jaune brun, de forme irrégulière ou ronde ou polygonale ; à surface plate, brillante, reposant sur une base absolument saine, sans aréole congestive, ayant en un mot tous les caractères assignés aux papules de lichen plan.

En passant la main à la surface de l'éruption on sent de légers reliefs.

Pas de desquamation sur le flanc, la cuisse et la jambe ; à la fesse et vers le genou, desquamation peu abondante en fines lamelles blanches ; pas de croûtes.

Il est difficile de dire s'il y avait du prurit, probablement il n'était pas très intense, puisque l'enfant ne s'est pas gratté pendant notre observation.

La première fois que nous avons vu notre malade, elle était atteinte depuis cinq mois de sa maladie, qui ayant progressé durant les trois premiers mois était arrêtée dans sa marche depuis un mois.

Le traitement a consisté en sirop d'iodure de fer à l'intérieur, en glycérolé tartrique sur les plaques de lichen et en pommade boriquée pour une plaque d'eczéma qui se trouvait derrière l'oreille droite.

Le traitement a bien agi et en moins de 3 mois les papules ont disparu, en laissant à leur place une pigmentation plus ou moins forte.

Et, il y a deux mois, quand nous avons examiné pour la dernière fois notre malade, il ne restait plus que quelques papules qui avaient déjà perdu leurs caractères typiques.

Sans vouloir tirer de conclusions de ce cas nous nous permettons d'attirer l'attention sur les faits qui nous paraissent intéressants dans l'observation ci-dessus.

1° Marche aiguë de ce cas.

2° Distribution toute particulière de l'éruption, limitée à un côté du corps, ne dépassant pas la ligne médiane et paraissant suivre le trajet de certains nerfs.

Nous ne connaissons pas dans la littérature dermatologique de cas où cette particularité se soit présentée avec autant de netteté.

3° Début par l'extrémité et développement centripète des éléments éruptifs ; ce fait nous avait frappé précédemment sur d'autres malades atteints de lichen plan figuré des membres.

PARALYSIE DES MEMBRES SUPÉRIEURS CHEZ UNE PETITE FILLE
ATTEINTE DE SYPHILIS HÉRÉDITAIRE.

Par M. BARBE.

Le 26 septembre dernier je fus appelé auprès d'une petite fille âgée de trois mois, atteinte depuis trois jours d'une paralysie des membres supérieurs. La veille, la mère, était allée à la consultation de l'hôpital des Enfants-Malades ; là un médecin avait prescrit des frictions sur les bras avec un mélange de baume de Fioraventi et de teinture de strychnine. Le lendemain la mère ne pouvant retourner à la consultation du même hôpital, comme elle demeurait à l'autre bout de Paris, me fit demander. Je trouvai un enfant ayant toutes les apparences de la santé, mais qui présentait une paralysie des membres supérieurs, survenue rapidement sans cause appréciable ; les bras relevés au-dessus de la tête, retombaient inertes le long du corps, mais ces mouvements passifs ne déterminaient aucune douleur ; il n'y avait pas non plus de raideur musculaire. Du côté des membres inférieurs, il n'y avait pas de paralysie, autant que je pus le juger d'après un examen fait sur un sujet si jeune, la mère du reste n'avait rien remarqué d'anormal du côté des jambes. Pour la même raison, je ne pus explorer la sensibilité des parties atteintes ; quant aux fonctions de la vessie et du rectum, elles s'exécutaient bien. L'enfant n'avait jamais de fièvre et n'en avait jamais présenté ; nourrie par la mère elle prenait bien le sein. En présence de ces symptômes, je pensai à la paralysie infantile ; je ne crois pas qu'on eut pu faire un autre diagnostic et il est probable que c'est celui qui avait été porté à l'hôpital bien que la mère ne pût me donner aucun renseignement là-dessus. J'engageai donc celle-ci à exécuter le traitement prescrit à la consultation.

Le lendemain, pas de changement dans l'état des membres supérieurs, l'enfant avait crié une partie de la nuit, ce qu'elle faisait depuis qu'elle était malade. Mais le surlendemain, la mère appela mon attention sur une éruption survenue à la face depuis la veille. En effet, l'enfant présentait sur le front, autour des paupières, des macules d'une coloration particulière, d'un rouge cuivre très pur, enfin sur les bras et les cuisses quelques rares macules analogues à celles de la face, rien dans la bouche, ni dans le pharynx, ni aux organes génitaux.

En présence de cette éruption caractéristique, je n'hésitai pas un seul instant à considérer cette enfant comme syphilitique, d'autant plus que l'examen du crâne me montra un type de crâne natiforme.

Passant de l'enfant à la mère, je ne trouvai absolument rien de spécifique, ni dans l'interrogatoire, ni dans l'examen que je fis : examen de la

surface du corps, examen des cavités buccales et pharyngiennes. Il est probable que cette femme rentrait dans ces cas de syphilis conceptionnelle latente qui ont fait de la part du D^r Barthélemy le sujet d'une intéressante communication au congrès de dermatologie, car on ne s'expliquerait pas comment une femme dont les mamelons étaient en contact plusieurs fois par jour, avec le visage de son enfant, qui fut atteinte dans la suite d'un coryza spécifique des plus intenses, eût pu échapper aux dangers de la contamination.

Du côté du père, je trouvai un chancre contracté au Tonkin il y a une dizaine d'années, chancre qui ne fut suivi d'aucun accident constitutionnel sauf un engorgement des ganglions inguinaux de chaque côté, sans suppuration. Que le malade se soit mal observé ou que la syphilis ait été bénigne chez lui au point de passer inaperçue, il est très probable que ce chancre était bien syphilitique. Enfin pour terminer ce qui a trait aux antécédents, la mère avait perdu un an auparavant un enfant âgé d'un mois qui avait présenté sur toute la surface du corps une éruption sur laquelle je ne pus obtenir aucun renseignement précis.

Quoi qu'il en soit, bien que l'on ne pût affirmer d'une façon certaine l'existence de la syphilis chez les parents, l'éruption du visage de l'enfant et la conformation de son crâne pouvaient faire certifier l'hérédo-syphilis. Je rejetai donc le diagnostic de paralysie infantile et cherchant à rattacher la paralysie à l'affection générale dont était atteinte l'enfant, je pensai que j'étais en présence soit d'une paralysie syphilitique, soit de cette maladie décrite par Parrot sous le nom de pseudo-paralysie d'origine syphilitique. Mais comme je pouvais imprimer des mouvements aux membres supérieurs sans réveiller la moindre douleur, comme la palpation des régions scapulaires était indolore, je penchai plutôt vers le diagnostic de paralysie syphilitique vraie.

En tout cas, j'administrerai sans retard le traitement spécifique sous forme de liqueur de Van Swieten, 1/2 cuillerée à café à prendre tous les matins.

Trois jours après, je revis l'enfant ; le bras droit exécutait déjà quelques mouvements, mais le bras gauche était encore immobile sauf les doigts qui s'agitaient un peu. Quant à l'éruption de la face, loin d'avoir diminué, elle avait plutôt augmenté, les macules placées sur le bord des paupières étaient plus saillantes et même formaient des papules légèrement exulcérées et suintantes qui agglutinaient les paupières entre elles. Le traitement fut porté à une cuillerée à café par jour.

Trois jours après, le bras gauche avait repris tous ses mouvements. A partir de ce moment, je perdis l'enfant de vue jusqu'au mois de novembre où je la vis avec une syphilide érythémateuse des plus confluentes, localisée au visage ; de plus il y avait un coryza intense très certainement de nature spécifique. Le traitement qui avait été négligé par la mère fut repris de nouveau, d'abord sous forme de sirop de Gibert,

puis, comme l'enfant ne le tolérait pas, sous formes de frictions mercurielles. Au bout de quelques jours de traitement (8 jours environ) l'éruption commençait à pâlir, l'enchifrènement était moins marqué ; mais si de l'amélioration survenait à la face, des signes de bronchite bientôt capillaire se manifestaient et emportaient la petite malade le 7 décembre.

Comme le fait se passait en ville, je ne pus pratiquer l'autopsie qui aurait apporté peut-être quelque éclaircissement à ce diagnostic si embarrassé. Ainsi que je l'ai dit plus haut, l'absence de douleur dans les mouvements passifs, l'absence de douleur à la palpation des régions atteintes, étaient peu en rapport avec l'hypothèse d'une pseudo-paralysie ; cependant dans quelques cas bien avérés de cette maladie, ces signes faisaient défaut. Restait l'exploration électrique qui aurait pu donner des renseignements certains, mais elle ne put être pratiquée. Enfin la rapidité de la guérison qui se fit en moins de huit jours plaide peu en faveur de la pseudo-paralysie, car dans les cas cités par Dreyfous dans son mémoire, la guérison se fit au moins au bout de cinq semaines.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU JEUDI 12 MARS

I. — *Présentation de Malades.*

M. BESNIER : Cas de zona chez un sujet polyurique atteint de vitiligo.

M. FOURNIER : Chancres syphilitiques des deux avant-bras.

MM. HALLOPEAU et CLAISSE : Kératodermie plantaire et palmaire unilatérale droite.

II. — *Communications.*

MM. BROcq et JACQUET : Note sur le lichen simplex chronique (lichen circumscriptus des anciens auteurs).

M. BURLUREAUX : Note sur la tolérance et la digestion de l'huile à haute dose par tissu cellulaire sous-cutané.

M. MOREL-LAVALLÉE : Lymphangites infectieuses.

M. OZENNE : Périostite et synovite d'origine blennorrhagique.

M. le Professeur PETRINI, de Bucharest : Hydrargyrie bulleuse.

SÉANCE DU 12 MARS 1891

Présidence de M. le professeur Hardy.

SOMMAIRE. — Sur un cas de mort et un cas d'ophtalmie grave consécutifs à l'emploi de la lymphé de Koch, par M. H. HALLOPEAU. — Un cas d'hypertrophie de la main, par M. DU CASTEL. (Discussion : MM. E. BESNIER, VIDAL, HARDY, G. THIBIERGE.) — Roséole syphilitique et pityriasis rosé, par M. H. FEULARD. — Chancres syphilitiques des avant-bras, par M. H. FEULARD. (Discussion : MM. E. BESNIER, HARDY, LAILLER, VERCHÈRE, LE PILEUR.) — Note sur un cas de névrodermite circonscrite (lichen circumscriptus des anciens auteurs, lichen simplex chronique de M. E. VIDAL), par MM. L. BROcq et L. JACQUET. — Note sur la tolérance et la digestion de l'huile à haute dose par le tissu cellulaire sous-cutané, par M. BURLUREAUX. — Sur un cas de kératodermie palmaire et plantaire unilatérale en foyers occupant les glandes sudoripares, par MM. H. HALLOPEAU et P. CLAISSE. — Hydrargyrie bulleuse (pemphigus hydrargyrique), par M. PETRINI. — Note sur un cas de périostite de la face interne du tibia et de synovite tendineuse des extenseurs du pied, d'origine blennorrhagique, par M. OZENNE.

SUR UN CAS DE MORT ET UN CAS D'OPHTHALMIE GRAVE CONSÉCUTIFS A L'EMPLOI DE LA LYPHÉ DE KOCH

Par M. H. HALLOPEAU.

Depuis notre communication sur l'action de la lymphé de Koch (1), il s'est produit, dans notre service, deux faits qui mettent de nouveau en relief sa puissance nocive : un de nos malades injectés a succombé ; un autre a une kératite avec foyers miliaires très probablement de nature lépreuse.

Le malade que nous avons perdu est celui que nous vous avons deux fois présenté avec M. Goupil (2), comme atteint de lymphangiectasies suppuratives d'origine tuberculeuse. Il a reçu, dans notre service commun, cinq injections de lymphé de Koch aux dates des 5, 8, 15 décembre, 3 et 10 janvier ; la première a été d'un demi-millième, les autres d'un millième et demi. La réaction générale a été d'intensité moyenne : les deux premières fois le thermomètre a atteint 40° ; les autres fois l'ascension thermique est restée limitée à 39°,4 ou 39°,2 ; la réaction locale a été à peine appréciable après les premières injections : nous avons noté cependant, au bout d'un mois, une notable amélioration dans l'état des parties

(1) *Bullet. Soc. franç. de dermat. et de syph.*, 1891, p. 69.

(2) *Bullet. Soc. franç. de dermat. et de syph.*, 1890, p. 173, 205 et 207.

malades : le membre inférieur droit était beaucoup moins tuméfié ; on sentait toujours une plaque indurée dans toute la hauteur de la partie postérieure de la jambe, mais sa consistance avait très sensiblement diminué ; la plupart des fistules lymphatiques étaient oblitérées ; le résultat pouvait donc, au premier abord, paraître favorable, mais il y avait bien des ombres au tableau : il s'était développé à la partie interne de la cuisse un volumineux abcès ; la santé générale s'était manifestement altérée ; le malade avait maigri et pâli ; ses forces étaient considérablement déprimées. Nous notons, pour la première fois, à la fin de janvier des craquements humides au sommet droit en arrière, des râles humides dans la fosse sous-épineuse droite et de la submatité sous la clavicule gauche. A partir du 21 janvier, il se produit le soir une réaction fébrile : le thermomètre monte à 38° et quelques dixièmes.

Le malade quitte, le 27 janvier, la salle commune aux inoculés pour rentrer au pavillon Bazin, n° 24 ; son abcès de la cuisse est ouvert avec les précautions antiseptiques ; la fièvre tombe ; mais le malade reste très affaibli ; toutes les nuits, il a du subdélirium ; on entend, aux deux bases, des râles sous-crépitaux ; les quelques orifices demeurés fistuleux au membre inférieur droit donnent issue à une quantité considérable de liquide séro-purulent.

Malgré un traitement tonique et bien qu'il s'alimente un peu, le malade continue à s'affaiblir et à maigrir pendant le mois de février ; son aspect devient squelettique ; il succombe enfin le 8 mars.

L'autopsie, faite le 8 mars 1891 par M. Jeanselme, donne les résultats suivants :

Une dizaine de ganglions occupent l'aîne gauche. L'un d'eux, du volume d'un œuf, est transformé en caverne et contient un pus grumeleux et mal lié. Les autres glandes ont les dimensions d'une noisette ou d'une noix ; elles sont fermes, non suppurées ; leur centre est d'un gris jaunâtre. Les ganglions iliaques gauches sont également hypertrophiés.

Tout le long du trajet des gros vaisseaux, à la cuisse, existe un cha-pelet de gommes tuberculeuses qui s'ouvrent à la surface de la peau par un court trajet fistuleux. Quelques-unes sont guéries et adhèrent à une cicatrice blanche, cerclée d'une aréole bistrée. Plus bas, à partir du genou, on ne distingue plus de nodosités.

Tout le tissu cellulaire sous-cutané de la jambe gauche, particulièrement à la face postérieure, est énormément épaissi ; il est infiltré d'une quantité considérable de sérosité et adhère intimement à l'aponévrose et à la peau avec laquelle il se confond. Il est impossible d'isoler des vaisseaux lymphatiques ectasiés au milieu de ce tissu lardacé. L'infiltration atteint son maximum au niveau de la région périmalleolaire ; en ce point, l'épaisseur du tissu cellulaire sous-cutané et du derme fusionnés atteint trois centimètres. L'épaississement est bien moindre sur l'avant-pied.

On ne constate pas de lésions du système veineux, non plus que des

articulations du genou et du cou-de-pied, des os de la jambe, de l'astragale, du calcanéum et des métatarsiens ; le squelette n'a donc pas été, comme nous l'avions supposé, le siège initial des altérations.

Dans l'aîne droite, on trouve un amas de glandes hypertrophiées qui se continuent avec des ganglions iliaques également très développés.

La tuméfaction qui déformait la face dorsale de la main gauche paraît avoir, comme à la jambe, son siège exclusif dans le derme et le tissu cellulaire sous-jacent ; les métacarpiens et les articulations qui les unissent au carpe ne présentent aucune altération.

Parmi les viscères, les poumons sont les organes les plus intéressés. A droite, on remarque une caverne superficielle pouvant loger une noix et siégeant à la partie supérieure du lobe inférieur. En outre, les deux poumons sont criblés d'une multitude de fines granulations grises. C'est à cette granulie ultime que le malade paraît avoir succombé ; les sommets sont le siège de lésions tuberculeuses anciennes, peu étendues et en voie de régression.

Le foie est gros, le cœur jaunâtre et flasque ; la rate ne présente aucune lésion macroscopique appréciable. Le cerveau n'a pas été examiné.

Faut-il attribuer à l'action toxique de la lymphe la mort de ce malade ? On ne peut nier que le sujet ne fût sérieusement atteint avant le début de ce traitement ; les lésions de tuberculose ancienne et en voie de régression qui ont été constatées aux sommets existaient certainement avant le début des inoculations : d'autre part, la mort n'est survenue que près de deux mois après la cessation des injections ; mais, par contre, nous ne saurions méconnaître que l'état du malade a commencé à s'aggraver alors qu'il était sous l'influence des injections ; que la prostration et l'adynamie se sont produites au moment où s'est développé le volumineux abcès de la cuisse ; qu'une partie des lésions tuberculeuses constatées dans les poumons sont de date toute récente ; qu'il en est ainsi particulièrement pour les nombreuses granulations miliaires que nous avons signalées ; qu'il en est vraisemblablement de même du ramollissement caséux signalé dans le lobe moyen du poumon, car, jusqu'au commencement du traitement par la lymphe, l'examen physique du thorax n'avait jamais donné que des résultats négatifs et la tuberculose préexistante paraissait, d'après les résultats de l'autopsie, en voie de guérison : nous devons donc rapporter à l'action nocive de la lymphe, non seulement la formation du volumineux abcès de la cuisse, mais aussi la poussée terminale de granulose miliaire et les troubles de nutrition qui ont entraîné la mort.

Le malade chez lequel il s'est fait une production intra-cornéenne de foyers miliaires est atteint d'une lèpre tuberculeuse. Son état général était satisfaisant quand il a reçu, le 5 et le 10 décembre, deux injections de lymphe de Koch, la première de 2 millièmes, la seconde de 1 millième et demi ; l'une et l'autre ont été suivies des symptômes les plus pénibles, et particulièrement d'une dyspnée angoissante, de vomissements et de

douleurs persistantes dans les nodosités lépreuses des jambes ; les troubles oculaires ont débuté, alors que le malade était sous l'influence de la lymphé de Koch, par une vive injection des conjonctives ; ils se sont manifestés successivement des deux côtés, s'accompagnant de douleurs, de photophobie et de larmolement ; depuis lors, ils ont persisté en s'aggravant ; il s'est développé dans les cornées des altérations sur lesquelles nous désirons appeler l'attention. Le malade a été examiné successivement à ce point de vue par MM. Trousseau et Sulzer : le 21 février, nous notons la présence, dans la cornée, de foyers miliaires sous forme de points grisâtres offrant dans leur aspect beaucoup d'analogie avec les granulations de la tuberculose miliaire ; M. Sulzer constate dans les deux yeux l'existence de synéchies annulaires, résultats d'une ancienne iritis double ; le 11 mars les adhérences persistent et l'iris ne réagit nullement, bien que des instillations d'atropine aient été pratiquées pendant une semaine. Les foyers miliaires sont nombreux ; ils siègent à différentes profondeurs dans le tissu de la cornée ; cette membrane est devenue louche dans toute son étendue ; sa surface est dépolie et comme finement ponctuée ; M. Sulzer constate que la tension est plus élevée dans l'œil droit qu'elle ne l'est dans le gauche ; il y a donc un certain degré de glaucome ; une injection veineuse profonde s'est ajoutée à l'injection ciliaire. La vision est très diminuée à droite ; le malade ne voit que très confusément les objets qu'on lui présente ; il ne peut plus lire.

Quelle est la nature de ces kératites ? Deux hypothèses peuvent surtout être soutenues : celle d'une tuberculose miliaire et celle d'une manifestation lépreuse.

En faveur d'une tuberculose, on peut invoquer l'aspect de ces foyers miliaires qui rappelle tout à fait celui des kératites tuberculeuses ; l'analogie a paru tellement frappante à M. Trousseau qu'il est disposé par cette seule impression à admettre que telle est bien la nature de ces altérations ; on peut dire, à l'appui de cette manière de voir, que le malade a eu, à plusieurs reprises, au cou et dans les aisselles, des adénites suppurées dont la nature n'a pas été déterminée. Cependant les vraisemblances ne nous paraissent pas en faveur de cette interprétation : il n'existe en effet chez ce malade aucun signe certain de tuberculose ; les ulcérations consécutives à l'ouverture des adénites dont nous venons de parler se sont rapidement cicatrisées ; il n'en est généralement pas ainsi dans les cas de tuberculose ; d'autre part, nous n'avons jamais pu constater chez ce malade, malgré des examens réitérés, des signes de tuberculose pulmonaire ; actuellement encore, la percussion non plus que l'auscultation du thorax ne révèlent rien d'anormal ; l'état de la nutrition générale est relativement satisfaisant et nullement en rapport avec l'hypothèse d'une tuberculose ; enfin le malade a eu, il y a deux ans, des iritis qui n'ont laissé d'autres traces que les synéchies signalées précédemment ; des lésions tuberculeuses de l'œil seraient-elles restées aussi longtemps silencieuses sans qu'aucun traitement local leur eût été

opposé? ce n'est pas ainsi qu'on les voit d'ordinaire se comporter; nous savons d'ailleurs que le malade est atteint d'une lèpre tuberculeuse en activité; que ses tubercules lépreux ont été manifestement influencés par la lymphe; qu'ils sont devenus, après chaque injection, plus douloureux, plus durs et plus volumineux; que le développement des conjonctivites a coïncidé avec ces modifications des tubercules lépreux; nous savons aussi que les lésions élémentaires de la lèpre offrent une grande analogie d'aspect avec celles de la tuberculose, que dans les deux cas elles peuvent prendre la forme de granulations, et nous sommes ainsi conduits à admettre que, selon toute probabilité, ces foyers miliaires cornéens sont de nature lépreuse; les résultats de l'inoculation de ces produits pourront sans doute bientôt nous fixer sur ce point. Si cette interprétation se confirme, on pourra admettre, avec vraisemblance, que des bacilles lépreux étaient restés latents dans la cornée à la suite de l'ophtalmie survenue il y a deux ans et qu'ils ont repris une nouvelle activité sous l'influence de la lymphe.

Quoi qu'il en soit, nous pouvons dès aujourd'hui, en raison de l'époque d'apparition de ces altérations et des conditions dans lesquelles elles se sont développées, les rapporter à l'action nocive de la lymphe de Koch. Chez ce malade comme chez le précédent, elle a provoqué, malgré la grande prudence avec laquelle elle a été employée, sous les yeux de notre commission, la multiplication des bacilles préexistants, tuberculeux chez celui-ci, selon toute probabilité lépreux chez celui-là.

UN CAS D'HYPERTROPHIE DE LA MAIN

Par M. DU CASTEL.

Le malade que j'ai l'honneur de vous présenter est actuellement en traitement dans le service du professeur Charcot, qui a bien voulu l'adresser à notre Société pour nous permettre d'étudier les lésions cutanées rares dont il est atteint. C'est un homme de 24 ans, charretier de son métier, d'excellente santé, sans antécédents de famille connus. Il est atteint d'une hypertrophie considérable de la main gauche: cette main aurait, s'il faut s'en rapporter au dire du malade et à ce qui lui a été raconté par ses parents, été toujours beaucoup plus volumineuse que la droite; actuellement il y a, comme vous pouvez le voir à distance, une différence de volume considérable entre les deux mains. De temps à autre, cette différence devient, paraît-il, encore plus grande; la main gauche enfle passagèrement.

En étudiant de près les lésions, on constate que l'altération de la main cesse brusquement au niveau du poignet, il y a un ressaut d'un centim. environ entre le niveau de la peau de l'avant-bras et celui de la peau du dos de la main; l'augmentation du volume de la main est due pour la

plus grande part, en totalité peut-être, à l'épaississement de la peau ; peut-être existe-t-il une légère augmentation du volume des os, mais celle-ci est difficilement appréciable à travers une peau épaissie et indurée.

Le dos de la main est bombé, la peau y est lisse, dure, sclérosée ; la peau de la paume de la main, surtout vers la partie externe, présente aussi un aspect éléphantiasique.

Les lésions les plus intéressantes s'observent au niveau des doigts ; le pouce est intact ; les quatre autres doigts présentent une forme conique des plus remarquables ; l'index paraît le moins atteint des quatre ; l'annulaire est le plus malade ; la peau est épaissie et sclérosée d'autant plus qu'on se rapproche de l'origine du doigt.

La peau de l'annulaire présente, au niveau du dos de la première phalange, des altérations qu'on ne rencontre en aucun autre point. Le malade prétend qu'il se produit souvent à ce niveau des boutons, desquels on peut extraire avec une épingle une petite quantité d'eau : on y voit une série de petites papules cornées reposant sur des points violacés, lie de vin ; il y a angiokératome.

La sensibilité est conservée dans ses différents modes.

La main gauche est normale dans son ensemble ; il y a cependant à la base et à la partie interne du pouce une hypertrophie de la peau, à la naissance de laquelle la profession du malade et le frottement des rênes n'ont peut-être pas été étrangers ; mais cette hypertrophie est excessive, indique tout au moins une prédisposition particulière de la peau aux hypertrophies et donne au pouce une forme conique qui rappelle celle de la main gauche.

Rien de bien important à relever sur les autres points de la surface de la peau, quelques nævi pigmentaires et voilà tout ; aucune altération de la santé générale et des organes.

Tel est, Messieurs, le malade, que je dois à l'obligeance du professeur Charcot de pouvoir vous montrer et je me demande s'il est actuellement possible de lui mettre une étiquette.

M. ERNEST BESNIER. — Le cas de M. du Castel ne me paraît pouvoir être rapporté qu'à une malformation congénitale, à une *hyperacrie* partielle, pour ne pas employer le terme d'acromégalie, qui s'applique au *syndrome* de P. Marie et qu'on ne peut plus détourner pour désigner les augmentations de volume des extrémités, considérées comme lésions.

M. E. VIDAL. — Les lésions me paraissent bornées à la peau, le système osseux ne semble pas atteint, d'autant que les os ne sont pas augmentés de longueur. Il s'agit, en un mot d'une pachydermie. En outre des lésions des doigts, il y a d'ailleurs sur l'éminence hypothénar une plaque de pachydermie limitée par une zone de peau saine.

Je ne nie pas l'origine trophique de ces lésions, d'autant plus qu'il y

a sur le doigt le plus atteint un angio-kératome, c'est-à-dire par excellence une altération trophique; mais je pense que cette pachydermie, d'origine trophique, je le veux bien, remonte à l'origine de la vie : c'est un *nœvus* pachydermique.

M. E. BESNIER. — Même en tenant compte de la prédominance des masses dermiques, et du surtout épidermique épaissis par irritation professionnelle, par le travail manuel, je ne mets pas en doute l'augmentation de masse du squelette de la main. Quant au terme de *pachydermie*, il ne peut être appliqué qu'à un des éléments de cette malformation, et non à la lésion considérée dans son ensemble, et à la condition de ne lui attacher aucune idée d'analogie avec l'éléphantiasis.

M. VIDAL. — J'ai employé le mot de pachydermie pour désigner la lésion, mais non la maladie dont cet homme est atteint.

M. HARDY. — J'ai vu, chez une jeune fille d'une quinzaine d'années, habitant Paris, une lésion semblable : il m'a semblé que les os étaient épaissis en même temps que les parties molles, et je n'ai pas hésité à y voir un cas d'éléphantiasis ; après l'emploi de l'iodure de potassium et une saison aux eaux de Kreuznach, les lésions diminuèrent sensiblement.

M. E. BESNIER. — Si l'on veut rester dans les termes d'une nomenclature dermatologique précise, le terme d'*éléphantiasis*, qui doit servir à désigner une *maladie* aujourd'hui bien limitée, l'éléphantiasis des Arabes, ne saurait être applicable aux altérations diverses qui peuvent être éléphantiasiformes. Cette malformation n'est pas plus un éléphantiasis qu'une pachydermie, c'est une malformation.

M. HARDY. — Le cadre de l'éléphantiasis est, d'après moi, plus large que ne le fait M. Besnier. C'est ainsi que j'y range l'acromégalie de M. P. Marie.

M. G. THIBIERGE. — Il y a dans la littérature médicale un certain nombre de faits décrits sous les noms d'hypertrophie congénitale partielle des membres, de mégalodactylie ou encore sous ceux absolument vicieux d'éléphantiasis congénital et plus récemment d'acromégalie partielle, dans lesquels un ou plusieurs doigts ou orteils sont augmentés de volume dans des proportions variables, l'augmentation de volume portant en général à la fois sur les os et les parties molles. Des faits de ce genre publiés par Beck, Foucher, etc. ont été réunis dans un important mémoire de Trélat et Monod sur l'hypertrophie unilatérale partielle ou totale du corps (*Archives générales de médecine*, 1862, t. I, p. 936 et 676) et dans la thèse de M. Massonnaud (Même sujet, Paris, 1874). Plus récemment, en 1889, Virchow en a cité à la Société de médecine berlinoise; MM. Chauvel et P. Berger en ont rapporté des exemples à la

Société de chirurgie (*Bulletin*, 1889, p. 468, et 1890, p. 421), et une discussion a eu lieu à ce sujet à la Société médicale et chirurgicale de Londres le mois dernier (voir *Mercure médical*, 1891, p. 87). Ces lésions coïncident souvent avec l'augmentation de volume d'autres segments des membres, comme cela se voit pour le poignet chez le malade de M. du Castel ; en outre elles s'accompagnent à peu près constamment de naevi ; leur origine congénitale paraît indéniable ; il en était de même chez un homme de 68 ans, atteint d'hypertrophie de tous les doigts de la main droite (sauf l'annulaire) que mon ami M. Richardière m'a montré ces jours derniers dans son service de l'Hôtel-Dieu. Vu l'ancienneté certaine des lésions chez le malade de M. du Castel, je crois avec M. Besnier que l'on doit admettre, comme pour les exemples précités, l'origine congénitale de la mégalodactylie ; ce serait donc sur une partie anormalement développée, par suite d'un vice de conformation congénital dont l'origine, la cause et la nature sont des plus difficiles à préciser, que se sont produits les troubles cutanés trophiques, ou mieux tropho-neurotiques dont MM. du Castel et Vidal viennent de faire remarquer l'existence : la superposition des deux ordres de lésions ne me paraît nullement invraisemblable. Je ferai observer, en outre, qu'à la main droite ce malade présente manifestement des phénomènes d'algidité qui peuvent s'expliquer également par l'hypothèse d'un trouble névro-trophique d'origine centrale.

ROSÉOLE SYPHILITIQUE ET PITYRIASIS ROSÉ

Par M. H. FEULARD.

A propos de la présentation de la malade faite à la dernière séance par M. Renault, je demande la permission de citer deux cas semblables dont l'un est particulièrement intéressant.

Voici d'abord une malade, du service de la Clinique, atteinte de syphilis secondaire et qui présente encore aujourd'hui une magnifique éruption de pityriasis rosé. Quand cette malade est entrée à l'hôpital on voyait très nettement en même temps que les taches érythémato-squameuses qui persistent encore, et dont quelques-unes sont des exemples types de médaillons, les macules d'une roséole syphilitique aujourd'hui disparue sous l'influence du traitement.

Le deuxième fait concerne une malade de la ville.

Une jeune femme que je soigne depuis plusieurs années, dyspeptique et neurasthénique, vint me consulter en avril dernier pour une éruption datant de quelques jours et dont elle se montrait très inquiète. Il s'agissait d'un pityriasis rosé ; je rassurai donc ma malade et, sur sa demande, lui affirmai qu'il n'y avait aucun danger de contagion. Or, un mois après, elle revenait toute effrayée, me confiant que le jeune

homme avec qui elle vivait maritalement était, lui aussi, couvert de « boutons », qu'il en avait même aux parties génitales et qu'il lui avait dit que c'était de l'eczéma. De très bonne foi, et fort innocente en matière de maladies vénériennes, cette jeune femme se demandait si ce n'était pas son « eczéma » à elle qui avait pu contagionner son ami. En la faisant causer, des renseignements que j'obtins sur les symptômes que présentait son ami, sur le traitement qu'il suivait, j'acquis la conviction que celui-ci devait être atteint de syphilis et je me demandai alors, très inquiet en moi-même, si je n'avais pas été coupable d'une erreur de diagnostic dont la conséquence avait été la contamination de ce jeune homme.

Ma malade affirmait qu'elle n'avait pas eu de relations avec une autre personne que cet ami ; et son ignorance des dangers des contagions vénériennes était telle que mon interrogatoire n'éveilla aucun soupçon dans son esprit vis-à-vis de son ami dont elle croyait d'ailleurs la fidélité absolue.

Je fis un nouvel examen ; mais, en même temps que je trouvais le pityriasis rosé, car c'en était bien un, pâli et en voie de disparition, je constatais la présence de taches nouvelles qui n'étaient autres que des macules de roséole ; en même temps je trouvai un peu d'adénopathie dans les aines. Ayant pu, quelques jours après, faire l'examen des parties génitales, je découvris un petit chancre induré du méat. J'appris alors confidentiellement de l'ami même de ma malade qu'il était en traitement déjà depuis quelques semaines, chez un de nos collègues, pour des chancres syphilitiques très nettement antérieurs aux accidents présentés par sa maîtresse. Il ne fit aucune difficulté d'ailleurs pour avouer que c'était lui le coupable, et il ne mettait nullement en doute la fidélité de sa maîtresse. Les responsabilités étaient donc faciles à rétablir. Mais le cas eût pu être fort embarrassant.

Etant donnée la confusion qui est souvent faite entre la roséole syphilitique et le pityriasis rosé, il eût été possible, si le diagnostic de pityriasis rosé n'eût pas été expressément formulé et que la roséole syphilitique qui est venue se surajouter à lui eût passé inaperçue, qu'on attribuât injustement à cette jeune femme la contagion de son ami en se basant sur l'antériorité de l'éruption qu'elle avait présentée plusieurs semaines auparavant.

CHANCRES SYPHILITIQUES DES AVANT-BRAS

Par M. H. FEULARD.

Mon maître, M. le professeur Fournier, aurait désiré vous présenter lui-même ce malade ; étant obligé de s'absenter aujourd'hui il m'a chargé de le faire pour lui, se réservant de revenir sur cette présentation à la prochaine séance.

Le nommé Claude G... âgé de 35 ans, est entré une première fois dans le service de la Clinique des maladies cutanées et syphilitiques le 29 novembre 1890. Il présentait alors de l'eczéma disséminé en diverses régions du corps et surtout marqué sur les membres inférieurs et les bras, cet eczéma était consécutif à des frictions énergiques faites avec une pommade soufrée, prescrite pour la gale, et que le malade avait exécutées lui-même à la campagne. Le malade fut pansé et traité par les moyens habituels (bains, pommade à l'oxyde de zinc et au glycérolécadique faible, enveloppement avec la toile caoutchoutée).

Les avant-bras furent enveloppés dans des morceaux de toile caoutchoutée; ce pansement fut employé jusque dans les premiers jours de janvier. Cet eczéma se montra particulièrement rebelle et ce ne fut, en effet, que le 31 janvier que le malade sortit, amélioré, mais non complètement guéri.

Le 26 février, le malade se présentait à la consultation atteint de nouveaux accidents. L'eczéma des avant-bras n'était pas encore complètement guéri, la peau était encore sèche, squameuse, recouverte de croûtes en divers points; de plus, le malade présentait très nette, sur le tronc et particulièrement sur les flancs, une roséole syphilitique. Il fut admis aussitôt. Interrogé, il nie avoir eu depuis sa sortie de l'hôpital d'autres rapports qu'avec sa propre femme et n'a remarqué aucun bouton sur les parties génitales. Et, de fait, nous ne trouvons aucune trace d'accident primitif ni sur la verge, ni sur les bourses, ni à l'anus. L'idée d'une contagion extragénitale se présente alors à l'esprit: rien du côté de la bouche, mais en examinant l'eczéma des avant-bras on constate deux boutons déjà en partie cicatrisés, saillants et indurés et qu'il faut bien reconnaître comme des chancres syphilitiques.

Celui de droite, de la dimension d'une pièce de deux francs, siège à la face postéro-interne de l'avant-bras, à quatre travers de doigt environ au-dessous de l'olécrâne. C'est une petite tumeur aplatie comme une pastille, de couleur rouge foncé, non ulcérée, non douloureuse. A deux centimètres au-dessus de l'épitrôchlée saillit une tumeur globuleuse, allongée, comme une grosse noix, dure, mais roulant parfaitement sous le doigt, qui n'est autre que l'adénopathie satellite de ce chancre; outre ce ganglion épitrôchléen, on trouve dans l'aisselle le long de la paroi thoracique un second ganglion de la grosseur d'une petite prune de mirabelle.

Le chancre de gauche siège au niveau même de l'olécrâne, un peu en dehors de la saillie olécrânienne. Il est plus gros que celui de droite, ulcéré et suppurant encore à son milieu et recouvert d'une croûte. Les ganglions épitrôchléens sont très peu développés (on les sent comme deux gros grains de café), mais dans l'aisselle, le long de la paroi thoracique, il y a un énorme ganglion, dur, de la grosseur d'une petite mandarine.

Ainsi donc, deux chancres syphilitiques des avant-bras dans la région des coudes, s'accompagnant de leur adénopathie caractéristique et, pour affirmer le diagnostic s'il était besoin, une roséole syphilitique.

Le diagnostic posé, restait la question d'étiologie. Si l'on se souvient que le malade était encore à l'hôpital le 31 janvier, qu'au moment où nous l'examinons à sa seconde entrée (26 février) les chancres sont en voie de guérison, ceux-ci ont dû apparaître pendant le séjour à l'hôpital; et, en effet, le malade fait remonter au 15 ou 20 janvier l'apparition

rition de ces boutons dont la nature réelle fut d'abord méconnue, confondus qu'ils étaient au milieu de surfaces eczémateuses plus ou moins suintantes et croûteuses. Mais, si ces chancres sont apparus vers le 15 janvier, à quelle époque faut-il faire remonter leur inoculation? En calculant sur les conditions habituelles de l'incubation du chancre syphilitique, cette inoculation a dû se produire dans les premiers jours du mois de décembre. Or le malade est entré à l'hôpital le 29 novembre. Si l'on veut bien admettre qu'il ne s'est exposé, ainsi qu'il l'affirme, à aucune contagion vénérienne avant son entrée à l'hôpital, qu'il vivait à la campagne, que c'est lui-même qui s'est frictionné pour sa gale et que la contagion n'a pu se faire, comme cela eût été possible, par la frotte de la gale, il devient à peu près certain que c'est à l'hôpital même qu'il a contracté ces chancres. Les surfaces exulcérées suintantes que présentaient ses avant-bras ont favorisé cette contagion.

Par quel mode celle-ci s'est-elle effectuée?

L'enquête à laquelle nous nous sommes livrés ne nous permet pas d'être affirmatifs.

Qu'on veuille bien remarquer cependant que ces chancres sont placés de façon presque symétrique, que lorsqu'on fait croiser les bras à ce malade et qu'on les lui fait appuyer sur une table, les points de contact sont justement ceux où siègent les lésions; peut-être alors pourrait-on admettre que c'est en s'appuyant ainsi sur une table, sur des linges où d'autres malades syphilitiques de la salle se seraient eux-mêmes appuyés que la contagion s'est faite. Le malade portait des toiles caoutchoutées sur les bras, mais il avait l'habitude de les faire sécher, après les avoir lavées, le long du poêle où les malades venaient volontiers s'accouder; peut-être celles-ci ont-elles servi d'intermédiaire. Enfin peut-être en jouant avec des camarades et des voisins de lit, ainsi que cela se passe à tout instant dans les salles, y a-t-il eu contagion directe. Mais il faut tenir compte, croyons-nous, de cette symétrie presque parfaite des chancres qui s'explique peut-être mieux par une contagion intermédiaire. Quoi qu'il en soit, le fait d'une contagion syphilitique hospitalière est rare; on peut même s'étonner qu'il le soit autant avec la promiscuité de nos malades syphilitiques et non syphilitiques et la communauté des soins qui leur sont donnés. C'est pourquoi nous avons jugé intéressant de soumettre ce fait à la discussion de la Société.

M. ERNEST BESNIER. — L'observation très intéressante de M. Feulard, par sa rareté même, met en saillie une particularité qui n'est peut-être pas assez comprise. C'est la rareté extrême des contaminations *médiate*s de la syphilis, bien que l'élément en soit partout. Ici même nous en sommes, en permanence, entourés; il y a peu d'années, on prenait, pour le ventousage commun, les abaisse-langue, les spéculums, les seringues de Pravaz, etc., etc., des précautions de stérilisation très

sommaires, et cependant, la syphilis nosocomiale était, comme elle est à présent, extraordinairement exceptionnelle.

Le virus syphilitique est si essentiellement un virus vivant sur l'homme, qu'on ne le peut cultiver sur aucun animal, et qu'il se détruit avec la plus grande rapidité quand il est déposé sur les objets extérieurs.

Entre les mains du chirurgien, si l'instrument qui a servi à un syphilitique n'est pas mis *immédiatement* en usage à l'égard d'un sujet sain, il devient rapidement innocent, le plus ordinairement. La contamination par les instruments du dentiste est extrêmement rare ; il en est de même pour les instruments de l'auriste, en dehors de l'emploi *immédiat*. Les cas, déplorablement nombreux de syphilis qui ont été produits, il y a déjà un assez grand nombre d'années à Paris, par un auriste, mort depuis, étaient dus à ce que ce spécialiste avait l'habitude voulue de faire le cathétérisme de la trompe d'Eustache avec la même sonde sur une série de malades rangés sur un banc, et sans désespérer.

On ne voit guère les femmes banales non syphilitiques, ou plutôt, n'ayant pas de lésions syphilitiques contagieuses, servir d'intermédiaire pour la transmission de la syphilis à un sujet sain, de même qu'il est très rare de voir les linges, éponges, objets de pansement, etc., qui transmettent avec tant de complaisance l'érysipèle, la septicémie, la fièvre puerpérale, etc., etc., communiquer la syphilis. Pour le cas de M. Feulard, je suis disposé à penser que la règle n'est pas enfreinte, et que la contamination s'est plutôt faite directement que par les objets de pansement.

M. FEULARD. — Nous n'avons admis l'hypothèse que j'ai exposée que parce que nous ne pouvions trouver aucune autre cause, et parce que, en raison de la date d'apparition du chancre, nous étions amenés à le rapporter à une contagion hospitalière : le siège et la symétrie des chancres nous ont semblé la confirmer.

M. HARDY. — Je partage absolument l'avis de M. Besnier au sujet de la rareté et de la difficulté de la contagion syphilitique par les instruments. Ainsi, je ne connais aucun cas de transmission de la syphilis par le spéculum, quoique le nettoyage en soit souvent bien insuffisant. Les cas de syphilis transmise par le cathétérisme de la trompe d'Eustache sont extrêmement rares depuis la mort de l'auriste aux procédés duquel M. Besnier faisait allusion.

M. LAILLER. — Une enquête faite par la Société médicale des hôpitaux à propos du personnage en question a fait découvrir une quarantaine de cas dans lesquels il avait ainsi transmis la syphilis par le cathétérisme de la trompe ; mais, comme il s'agissait de syphilis, aucun des sujets contaminés n'a voulu l'attaquer et il a pu continuer ses exploits.

Je crois avoir observé à Lourcine un cas de contagion syphilitique par la canule banale qui servait à faire les injections à toutes les malades et, à sa suite, j'ai fini par obtenir que chaque femme ait sa canule particulière.

M. VERCHÈRE. — Je pourrais citer un fait analogue à celui que vient de signaler M. Lailler. Lorsque j'ai pris mon service à St-Lazare, il existait, et je ne sais s'il existe encore dans d'autres services, une communauté absolue et regrettable de la canule à injection vaginale. Les malades se rendaient en groupe dans la salle d'hydrothérapie, chaque matin et là, tour à tour, quelle que soit l'affection dont elles étaient atteintes, blennorrhagie, chancre mou, ou syphilis à quelque période que ce soit, s'accroupissaient sur un bidet primitif et se repassaient l'une à l'autre pour ainsi dire sans interruption, l'unique canule en cuivre de l'établissement. Celle-ci était peut-être purifiée intérieurement par l'écoulement rapide de l'eau qu'elle projetait, mais extérieurement il est probable que nombre de contagions étaient possibles et cela d'autant plus que le contact indirect pouvait se faire en série et rappelle comme facilité d'inoculation les cas de l'otologiste cité par M. Besnier. Je crois avoir eu sous les yeux un fait de chancre induré, dû probablement à ce mode de contagion. Il s'agissait d'une jeune femme entrée dans le service depuis un mois 1/2, autant que mes souvenirs me permettent de l'affirmer, pour une vaginite avec uréthrite. Je l'avais examinée lorsque j'ai pris le service le 1^{er} janvier 1890 et n'avais trouvé d'autre lésion que celle qui avait nécessité l'entrée de la malade. Comme toutes les autres malades du service à cette époque, elle se rendait aux injections. Et vers le milieu de février, après 3 mois de séjour, je pus constater l'apparition d'un chancre de la face interne de la petite lèvre, suivi d'adénopathie, puis, 2 mois plus tard, d'accidents secondaires. Cette apparition, après un séjour dans le service ne permettant guère de penser à une incubation extraordinairement prolongée, suite d'une inoculation avant l'entrée, me fit rechercher comment la malade avait pu être contagionnée ; je n'ai pu trouver d'autre cause que la canule commune. Aussi, depuis cette époque, ai-je exigé une modification générale dans l'hygiène journalière de toutes mes malades, modification qui, je crois, devrait être admise dans tous les services de femmes indistinctement.

Chaque malade, dans mon service, possède sa canule, canule en verre, placée dans un bocal où elle est plongée dans une solution phéniquée à 50 0/00 ou de sublimé à 1 0/00. Chaque jour, la malade prenant son injection, la prend sous les yeux de la surveillante et se sert exclusivement de sa canule à elle qui, soigneusement essuyée et lavée, est replongée dans son bocal et placée à la tête de son lit à côté de la brosse à dents et du peigne unipersonnels comme la canule.

Grâce à ce procédé simple et peu coûteux, il ne m'a plus été donné de voir de contagion ni surtout de craindre une contagion par l'intermédiaire

d'une canule commune qui pour moi doit être une cause inaperçue plus fréquente qu'on ne le croit.

M. LE PILEUR. — Depuis 19 ans que je suis à St-Lazare, je n'ai pas constaté un seul cas de syphilis transmise par les instruments et cependant les infirmières ne prennent aucune précaution pour les manier. Par contre, les contagions de femme à femme sont assez fréquentes.

NOTE SUR UN CAS DE NÉVRODERMITE CIRCONSCRITE (LICHEN CIRCUMSCRIPTUS DES ANCIENS AUTEURS, LICHEN SIMPLEX CHRONIQUE DE M. E. VIDAL)

Par MM. L. Brocq et L. Jacquet.

Le travail que nous avons l'honneur de présenter aujourd'hui à la Société n'est qu'un résumé d'un mémoire plus important qui paraît en ce moment dans les *Annales de dermatologie*. Nous nous contentons ici d'en résumer les points essentiels, en prenant pour point de départ l'observation suivante qui nous paraît constituer un type parfait de la dermatose à laquelle M. le Dr E. Vidal a tout récemment donné le nom de lichen simplex chronique. Nous regrettons de n'avoir ni dessin ni moulage à présenter à la Société : malheureusement nous avons eu affaire à une malade des plus indociles qui nous a abandonnés après quelque temps d'étude, et que nous n'avons pu retrouver à l'adresse qu'elle nous avait indiquée. La pièce superbe du Musée que nous vous présentons, qui porte le n° 1452 et qui est due à M. le Dr Tenneson est pour nous également un type de l'affection qui nous occupe : vous y pourrez suivre assez bien nos descriptions sur la plaque du creux poplité.

OBSERVATION. — *Plaque de lichen simplex chronique du poignet chez une névropathe*. Le 24 juillet 1890, M^{me} P..., couturière, âgée de 37 ans, vient à la consultation de l'hôpital St-Louis pour une lésion chronique qui a débuté il y a 5 ou 6 ans, en été. C'est une femme grande, obèse, très impressionnable et nerveuse.

Elle présente à l'avant-bras droit une grande plaque de 12 centimètres environ de hauteur sur 6 de largeur : cette plaque commence au niveau du pli du poignet et s'élève jusqu'à la partie moyenne de l'avant-bras. On peut y distinguer, en l'examinant avec quelque soin, trois zones concentriques.

La zone externe a des bords mal limités : c'est une zone de pigmentation d'un jaune brunâtre, de un à deux centimètres de large, qui s'étend en mourant sans limites précises vers les parties saines, et qui va au contraire en s'accroissant de teinte et d'épaisseur à mesure qu'on s'approche de la zone moyenne. Cette zone externe est nettement constituée par une hypertrophie de la couche papillaire : elle est, en effet, recouverte de fines saillies extrêmement nombreuses qui lui donnent, à la loupe, un aspect velvétique ; cette

hypertrophie papillaire est d'ailleurs assez irrégulière : elle manque par flots et semble surtout exister dans l'intervalle des follicules pileux.

La *zone moyenne* qui fait suite à la précédente en allant de la périphérie au centre de la plaque présente une teinte rosée ; elle est assez irrégulière de largeur et de contours. Elle est essentiellement constituée par des sortes de saillies papuleuses irrégulières de forme, distinctes les unes des autres, rosées, à sommet légèrement brillant, de telle sorte que quelques-unes d'entre elles rappellent tout à fait la papule du lichen planus. Ces papules sont disséminées sans ordre aucun tout autour de la zone centrale : elles semblent résulter d'un degré de plus dans l'hypertrophie des petites saillies papilliformes de la zone externe. A la partie supérieure de la plaque, ces papules brillantes, isolées sont assez nombreuses : la zone moyenne offre en ce point une assez grande largeur, on y voit nettement ces papules se grouper par place et prendre un aspect analogue à celui de la zone interne.

La *zone interne ou centrale* est constituée par un épaississement marqué de la peau qui est indurée, d'un rouge bistre pâle, sillonnée de plis parallèles disposés en deux séries, lesquelles se croisent à angle légèrement aigu comme des hachures de dessin et forment ainsi une sorte de quadrillage en losanges. Le derme est recouvert de squames fines, grisâtres, adhérentes. Çà et là la teinte de la peau est beaucoup plus vive, sans doute à la suite de grattages, de telle sorte que l'aspect de la plaque centrale est assez inégal ; par places on trouve des points d'un rouge vif, par places les téguments sont d'un rouge bistre, ailleurs ils ont une teinte blanchâtre, légèrement rosée, ailleurs enfin ils sont recouverts de squames grisâtres ou noirâtres à la suite d'excoriations. Vers le pli du poignet se voient quelques productions cornées volumineuses, séparées par des sillons profonds.

La lésion, dans son ensemble, a toujours été d'une sécheresse absolue : jamais il n'y eut le moindre suintement. Au niveau des points excoriés il semble au premier abord qu'il se produise des vésicules, mais ce n'est là qu'une fausse apparence.

Toutes les parties malades sont le siège d'un prurit pour ainsi dire incessant, mais qui atteint par moments une telle intensité qu'il devient irrésistible. La malade est forcée de se gratter et, si quelque obstacle l'en empêche, elle en arrive à de véritables crises nerveuses.

A la base du pouce droit, sur la face palmaire, se voit une petite plaque de 2 centimètres et demi environ de diamètre caractérisée par un épaississement marqué de l'épiderme qui est devenu jaunâtre et a pris un aspect corné ; il est sillonné de fissures assez profondes, douloureuses ; le derme sous-jacent est d'un rouge rosé. Les limites de cette plaque sont peu précises.

Au point de vue objectif c'est une plaque de kératodermie : elle est prurigineuse, et est bien évidemment de la même nature que la plaque du poignet.

Nous inspirant des recherches antérieures de l'un de nous (1), nous pratiquons l'occlusion hermétique de la plaque malade par un pansement ouaté rigoureux. Au bout de 12 jours, quoique la malade avoue s'être grattée quand même à plusieurs reprises, la plaque s'est notablement affaïssée, les papules périphériques ont presque disparu, mais le prurit a persisté, on dirait même qu'il a

(1) L. JACQUET. Sur la pathogénie de la lésion cutanée dans quelques dermatoses vasomotrices. *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 1890, p. 487.

augmenté, car la malade déclare qu'elle ne pourrait supporter plus longtemps ce traitement qu'il empêche de se soulager par le grattage.

Dès lors la médication a consisté en arséniate de soude à l'intérieur et en applications successives, sur la plaque malade, de glycérolé tartrique, d'emplâtres à l'huile de foie de morue, d'emplâtre de Vigo ; c'est cette dernière préparation qui nous a paru le plus améliorer les phénomènes subjectifs et les lésions cutanées.

Malheureusement nous avons perdu de vue la malade depuis la fin de septembre et nous n'avons pu la retrouver malgré tous nos efforts.

Nous avons pu exciser un lambeau de cette lésion sur les limites de la plaque de dermite, au niveau de sa zone moyenne où se voyaient nettement de petites papules isolées. Il a été durci par l'alcool. Les coupes pratiquées en série ont été colorées par le vert de méthyle, le carmin d'alun, et le picrocarmin.

Nous passerons successivement en revue les lésions du derme et de l'épiderme ; nous serons brefs, car elles ne diffèrent pas des lésions connues des dermatites chroniques ; quelques particularités méritent cependant d'être relevées.

1° Derme. — Dans sa partie profonde, peu de lésions, quelques traînées périvasculaires de cellules lymphoïdes ; au milieu de certaines de ces traînées, on voit nettement des artérioles et des veinules à parois saines ; les cellules fixes du tissu connectif n'ont pas proliféré. Les fibres élastiques et les faisceaux conjonctifs sont normaux.

Autour des follicules pilo-sébacés, il existe des amas lymphoïdes, un peu plus compacts, au milieu desquels se distinguent de rares capillaires à parois nettement embryonnaires.

La gaine conjonctive et la gaine épithéliale externe de l'un de ces follicules sont envahies et dissociées par les cellules migratrices.

Les glandes sudoripares sont saines. Nous avons pu voir près d'un groupe glandulaire la coupe transversale d'un filet nerveux ; son périnèvre est notablement épaissi : c'est tout ce que la technique employée ici nous permet de dire. Dans la portion papillaire du derme, les lésions sont un peu plus marquées : les cellules lymphoïdes en amas ou en traînées périvasculaires sont plus abondantes. Les cellules fixes sont tuméfiées, granuleuses. Un certain nombre sont en voie de prolifération. Disséminées parmi elles, se voient quelques rares cellules chargées de granulations pigmentaires.

Quant aux papilles, elles sont évidemment hypertrophiées dans toutes leurs dimensions : leurs vaisseaux ne semblent pas dilatés, mais elles contiennent en plus ou moins grand nombre des cellules rondes ou ovalaires, éparses au milieu d'une petite quantité d'exsudat granuleux, formant çà et là de très fines travées. Il y a donc un certain degré d'œdème papillaire, ces lésions ainsi que les figures de karyokinèse eussent été plus faciles à étudier sur une pièce fixée par d'autres réactifs que l'alcool ; nous avons mis une partie de notre fragment biopsique dans le liquide chromo-acéto-osmique de Flemming : malheureusement cette pièce a été égarée.

Toutes les papilles ont subi l'infiltration embryonnaire mais à des degrés bien différents. Dans la plupart d'entre elles cette infiltration est modérée, mais il en est trois ou quatre, de dimensions très supérieures aux papilles voisines, qui sont bourrées d'éléments migrants. C'est à leur niveau que l'ex-

sudat urémateux est surtout appréciable ; ce sont elles qui constituaient les fines papules visibles à l'œil nu et mieux à la loupe à la partie moyenne de la plaque de dermite. Nous allons y revenir en parlant de l'épiderme.

2° *Épiderme*. — Le corps muqueux dans son ensemble est notablement augmenté d'épaisseur. Ses prolongements interpapillaires, également épaissis, quelques-uns même dans des proportions très considérables, s'enfoncent assez profondément dans le derme papillaire, assez souvent ils se bifurquent et s'unissent aux prolongements voisins. La couche granuleuse est presque partout conservée et intacte. Le stratum lucidum a disparu au contraire à peu près totalement, et, sur d'assez grandes étendues de la couche cornée, on retrouve aisément les noyaux cellulaires ; la couche cornée est cependant d'une cohérence à peu près normale. La kératinisation est donc simplement un peu affaiblie.

Revenons au corps muqueux : un peu partout il est infiltré de cellules migratrices. Ça et là quelques cellules épithéliales montrent les lésions de l'altération cavitaire. Mais il est des points où ces lésions ont pris beaucoup plus d'importance ; ce sont ceux où nous avons signalé les grosses papilles, les papules papillaires pour mieux dire. En ces points, l'on voit les couches inférieures des cellules muqueuses *y compris celle des cellules en palissade, envahies, effondrées* par les éléments migrateurs qui dissocient les cellules du corps muqueux, s'infiltrant dans leurs interstices et pénétrant jusqu'à la couche granuleuse. Sous l'influence de cet envahissement, les cellules de Malpighi réagissent : quelques-unes sont simplement tuméfiées ; la plupart entrent en prolifération bi ou trinuélaire, un grand nombre présentent, à divers degrés, l'altération cavitaire. Celle-ci reste à peu près exclusivement mono-cellulaire : en très peu de points se montrent de petites cavités formées par la réunion de deux cellules creuses voisines ; la tendance à la vésiculation existe donc, mais ne dépasse pas son premier degré. Nous avons noté peu de figures de karyokinèse, ce qui tient sans doute au mode de fixation que nous avons employé.

En résumé, cette étude anatomo-pathologique est la démonstration de l'hypothèse de Cazenave qui admettait à priori que les papules du lichen circonscrit correspondent à des papilles hypertrophiées. Il croyait, en outre, que les papilles nerveuses, seules, étaient le siège de cette hypertrophie. Par papilles nerveuses il entendait évidemment celles qui sont munies de corpuscules du tact ; sur ce point, nous ne pouvons rien ajouter à son affirmation que nous espérons pouvoir contrôler ultérieurement.

Le lichen simplex chronique de M. le Dr E. Vidal s'observe avec une fréquence à peu près égale chez l'homme et chez la femme. Il semble se produire surtout chez les arthritiques et les *névropathes*. C'est une affection relativement commune puisqu'en quelques mois dans un seul service de l'hôpital Saint-Louis nous avons pu en observer une dizaine de cas.

Des documents irréfutables montrent que cette dermatose peut débiter par du prurit seul sans lésion cutanée antérieure ; puis le malade se gratte et peu à peu surviennent les lésions cutanées.

Les régions les plus fréquemment atteintes sont les avant-bras, les

creux poplités et axillaires, les régions inguinales et périanales, la nuque et les parties latérales de l'abdomen. La paume des mains et la plante des pieds peuvent être envahies : la lésion y revêt alors l'aspect des kératodermies ; l'histoire des kératodermies palmaires et plantaires prurigineuses doit donc être reprise à ce point de vue.

Le lichen simplex chronique quand il s'est développé se présente sous forme de plaques le plus souvent ovalaires et dont le grand axe varie d'ordinaire de 5 à 15 centimètres.

Leur aspect varie quelque peu suivant les cas. La plaque typique ou pour mieux dire complète est constituée par trois zones concentriques principales qui sont :

I. — Une zone externe pigmentée ou zone d'hypertrophie papillaire commençante qui semble manquer dans beaucoup de cas, mais ce dernier point réclame des recherches plus précises : elle peut faire défaut sur un des points du contour de la plaque, là où la lésion ne s'étend pas ; ses bords sont presque toujours mal définis, l'externe se confond en mourant avec les parties saines, l'interne se fond soit avec la zone moyenne papuleuse, soit, lorsque cette zone manque, avec la zone interne ; elle est caractérisée : 1° par une coloration qui varie du café au lait clair au brun clair ; 2° par un fin quadrillage serré, constitué par deux séries de sillons parallèles qui se croisent à angle droit ou aigu ; 3° par une hypertrophie papillaire assez peu marquée qui donne aux téguments un aspect velvétique ; 4° par un très léger épaissement du derme ; 5° parfois enfin par une fine desquamation d'un blanc grisâtre fort adhérente.

II. — Une zone moyenne papuleuse qui peut faire défaut dans certains cas surtout lorsque la zone pigmentée externe est bien accusée, ou lorsque la lésion arrivée à sa période d'état n'a plus de tendance à s'accroître : parfois au contraire elle constitue à elle seule toute la lésion cutanée, surtout dans les premières périodes. Elle est fort irrégulière de forme et d'étendue ; vers sa partie externe elle n'est constituée que par quelques petites papules isolées ; vers sa partie interne les papules devenues plus nombreuses et confluentes tendent peu à peu à s'agglomérer pour former la zone interne ; en somme, sa caractéristique est un élément fort important qui ressemble à une papule. La papule du lichen simplex chronique est une sorte de saillie irrégulière de forme et de contour, d'ordinaire assez mal circonscrite, d'un volume qui varie de celui d'une petite à celui d'une grosse tête d'épingle, d'un rose pâle un peu grisâtre ou jaunâtre, acuminée ou arrondie, parfois aplatie à son sommet, parfois alors brillante et comme nacré, fort souvent excoriée ; elle semble être constituée par un degré de plus de l'hypertrophie papillaire que nous avons signalée dans la zone externe.

III. — Une zone interne ou d'infiltration qui est pour ainsi dire la partie essentielle, constitutive de la plaque de lichen, et qui peut exister seule, surtout dans les cas où l'affection ne progresse plus ; elle est caractérisée : 1° par une coloration qui varie du rose pâle un peu bistre

au blanc grisâtre et au rouge brunâtre de plus en plus foncé à mesure que la lésion est plus ancienne ; 2° par des squames grisâtres, fines, fort adhérentes, plus ou moins épaisses ou rugueuses suivant les régions et qui manquent complètement aux endroits où la transpiration est abondante ; 3° par une infiltration et un épaissement marqué des téguments qui sont parfois excoriés et recouverts par places de croûtelles sanguinolentes ; 4° par un quadrillage à mailles plus ou moins larges et régulières figurant des hachures de dessin ; 5° enfin par une sécheresse absolue de la lésion.

Le prurit est, d'après nous, le phénomène majeur du lichen simplex chronique ; il est constant, et il précède l'apparition des lésions cutanées ; il peut manquer ou être fort modéré à certaines périodes de l'affection : il disparaît d'ordinaire lorsqu'elle doit entrer en régression et s'effacer.

La durée des plaques est fort variable, mais elle est au moins de plusieurs mois et souvent de plusieurs années. Une plaque peut disparaître pour récidiver plus tard au même endroit, ou pour être remplacée par une autre plaque située en un autre point du corps assez souvent mais pas toujours symétrique du premier. Il se produit parfois des alternances entre les plaques cutanées et certains autres phénomènes morbides, en particulier avec des phénomènes nerveux.

La marche de l'affection est essentiellement chronique et varie suivant les sujets.

Trois faits majeurs dominent donc l'histoire du lichen simplex chronique : 1° le nervosisme des sujets ; 2° la constance et l'intensité du prurit d'où dépendent des irritations mécaniques ; 3° la banalité presque complète des lésions cutanées qui sont, en somme, jusqu'à un certain point, comparables à des plaques de dermite chronique.

Le prurit, avons-nous déjà dit, doit être considéré comme le phénomène le plus important du lichen simplex chronique ; cette proposition est démontrée : 1° par la préexistence du prurit aux lésions cutanées ; 2° par le rôle capital que jouent les traumatismes dans la production de ces lésions ; 3° par les résultats de l'enveloppement seul qui amène rapidement la diminution des lésions cutanées, mais qui semble ne modifier que peu ou point l'intensité du prurit.

D'autre part, il est bien certain que dans la pathogénie des lésions cutanées il entre un autre élément que le simple traumatisme, car tous les traumatismes suite de prurit ne donnent pas lieu à des plaques de lichen simplex chronique.

Il résulte de ce qui précède que pour nous le lichen simplex chronique est en réalité une *névrodermite circonscrite chronique* ayant une marche et un aspect bien spéciaux.

On voit donc que, pour comprendre la vraie nature de la dermatose qui nous occupe, il ne faut pas s'en tenir exclusivement à l'analyse de l'éruption, il faut remonter plus haut, et, comme on l'a fait pour arriver à la

conception du prurigo de Hebra et de la dermatite herpétiforme, envisager l'ensemble de l'affection.

Ici, comme dans les maladies que nous venons de citer, il n'y a pas d'élément éruptif absolument caractéristique, de lésion élémentaire pathognomonique comme l'est, par exemple, pour le lichen plan la papule polygonale aplatie et brillante de début : mais lorsque l'on considère l'affection dans son ensemble on reconnaît qu'elle a vraiment l'aspect d'une dermatose spéciale, grâce :

- 1° Au nervosisme des sujets qui en sont atteints ;
- 2° Au prurit constant qui domine la scène morbide, du moins pendant les périodes de début et de développement ;
- 3° A la circonscription en placards de l'éruption calquant en relief la zone de prurit ;
- 4° A sa disposition en zones concentriques dans les cas typiques ;
- 5° A sa sécheresse absolue ;
- 6° A l'hypertrophie papillaire, aux saillies papuleuses, à l'infiltration dermique et aux pigmentations que nous avons décrites ;
- 7° Grâce enfin à sa chronicité et à sa tendance aux récides.

Les idées que nous venons d'ébaucher permettent de comprendre en outre comment il se fait que l'on rencontre des lésions analogues à celles du lichen simplex chronique dans un grand nombre d'affections cutanées prurigineuses. Le malade se gratte, et, pour peu qu'il soit prédisposé aux formations papuleuses, par un mécanisme qui, nous devons bien l'avouer, nous échappe encore, on voit se produire chez lui, si l'hyperesthésie cutanée est persistante et fixe, de l'hypertrophie papillaire, de l'infiltration de la peau, le plus souvent il est vrai irrégulière et disséminée, mais qui peut aussi parfois être circonscrite et limitée tout comme dans le lichen simplex chronique.

Ce sont là des *papillomatoses cutanées secondaires à des dermatoses antérieures et aux traumatismes qu'elles entraînent*. Elles simulent objectivement le lichen simplex chronique et cela se comprend sans peine, car elles sont le résultat d'actions à peu près identiques exercées sur les téguments ; c'est ce qui explique toutes les confusions dont elles ont été l'objet. Mais en réalité elles diffèrent de ce lichen simplex chronique ; dans tous ces cas, en effet, il y a d'abord et avant tout comme premier phénomène morbide une dermatose bien définie. Dans le lichen simplex chronique, au contraire, il n'y a pas de dermatose primordiale ; il n'y a comme premier phénomène morbide qu'une névrose circonscrite des téguments : *l'état lichénoïde y est pur*.

Ces caractères permettent de différencier cette affection de toutes celles avec lesquelles elle a été confondue, en particulier de l'eczéma dans lequel la rangent la plupart des dermatologistes actuels. Certes, au point de vue histologique, elle a des points de contact avec l'eczéma, nous sommes les premiers à le reconnaître ; mais la tendance à la vésiculation

ne saurait être regardée comme un caractère pathognomonique de l'eczéma, alors surtout que l'on se trouve comme ici en présence d'une dermatose dont la physionomie d'ensemble est si spéciale.

La connaissance du lichen simplex chronique est de date déjà ancienne. M. le Dr E. Vidal a prouvé qu'il répond au lichen circumscriptus de Willan et Bateman, de Bielt, de Cazenave et Schedel, de Devergie, etc... Dans ses articles sur les lésions de la sensibilité de la peau siégeant dans le corps papillaire (*Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, t. II, III et IV, 1846, 1850, 1851), Cazenave montre qu'il avait merveilleusement compris la nature et la pathogénie de cette affection ; pour lui la lésion nerveuse, la maladie hyperesthésique est toujours primitive, puis elle réagit sur les autres éléments organiques de la papille cutanée de façon à donner naissance aux lésions objectives. Notre travail constitue donc, ce nous semble, une démonstration avec faits à l'appui des vues de l'esprit de cet auteur.

Aussi ne nous paraît-il pas juste d'enlever au lichen simplex chronique le nom de *lichen* qui lui a été donné bien avant que les dermatoses qui portent actuellement ce nom aient été décrites.

Nous croyons que c'est une affection bien distincte, qui mérite une description à part et nous réclamons pour elle sa réintégration dans le cadre nosologique sous l'étiquette qu'elle portait autrefois. Il n'y a pas d'ailleurs la moindre confusion à redouter, puisque l'épithète de *simplex chronique* ou de *circonscrit* vient préciser ce dont il s'agit.

(La discussion sur ce travail est renvoyée à la prochaine séance.)

NOTE SUR LA TOLÉRANCE ET LA DIGESTION DE L'HUILE A HAUTE DOSE PAR LE TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ

Par M. BURLUREAUX

Les injections sous-cutanées de créosote dans un véhicule approprié, nous semblant appelées à donner des résultats thérapeutiques importants, et étant à l'ordre du jour, nous nous proposons, dans cette note, d'exposer à la Société de Dermatologie les résultats de notre pratique, mais en nous bornant à ce qui concerne l'action du médicament sur le tissu cellulaire dans lequel il est injecté.

Depuis 2 ans, nous employons les injections de créosote, comme base du traitement de toutes les tuberculoses ; nos essais ont d'abord été timides, puis nous nous sommes peu à peu enhardi jusqu'à donner, d'une façon courante, des doses qui n'ont encore été employées par personne, à notre connaissance du moins. C'est ainsi que nous injectons, en moyenne, 50 gr. d'huile créosotée par jour, et que souvent, nous allons à 100 gr. et 180 gr. par jour. Il nous arrive même d'atteindre 200 et

220 gr., injectés en une seule fois, ce qui représente des doses de créosote variante entre 3,33 gr. et 14 gr. de créosote, sans jamais avoir d'accidents sérieux.

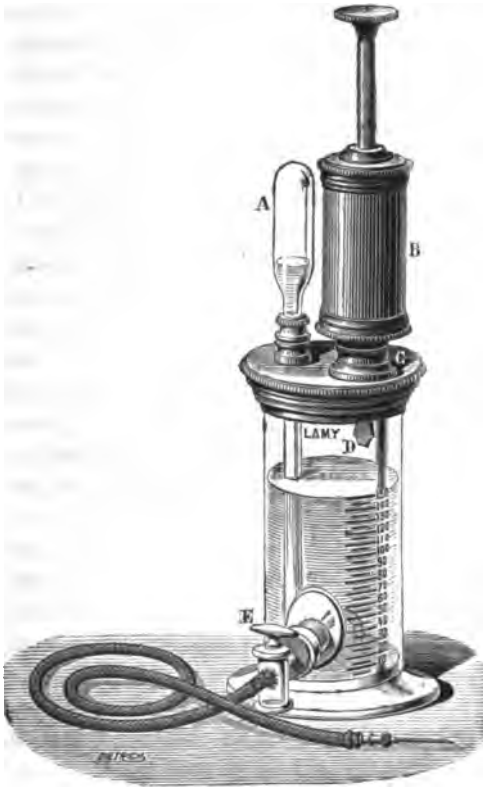
Nous avons la bonne fortune d'être chargé au Val-de-Grâce du service des détenus qui sont pour la plupart des hommes intelligents et capables de comprendre l'importance des soins que nous leur donnons, et par conséquent de se soumettre aux diverses exigences du traitement : notons en passant qu'un traitement qui n'est pas sans quelques inconvénients n'aurait aucune chance d'être accepté et appliqué rigoureusement comme il l'est dans notre service si les résultats thérapeutiques étaient illusoires ou si les douleurs provoquées par les injections étaient excessives. Ces malades qui nous sont envoyés de la prison de Bicêtre et du Cherche-Midi peuvent être soumis à notre observation beaucoup plus longtemps que les militaires ordinaires, et quand nous les faisons réformer ils restent encore avec nous au moins deux mois, ce qui permet de prolonger l'observation et le traitement. En outre, quelques-uns rendus à la vie civile continuent à venir se faire traiter tous les huit jours, de sorte que nous avons des observations suffisamment nombreuses et suffisamment prolongées pour que notre conviction ait eu le temps de se faire.

Mais disons de suite que, pour que ces injections soient tolérées et utiles, il faut : 1° qu'on ait un instrument et un médicament irréprochables, et 2° qu'elles soient faites avec une extrême lenteur.

Le médicament doit être, à notre avis, la créosote rectifiée, mélangée à de l'huile parfaitement pure dans la proportion de 1 gr. pour 14 gr. ; c'est la formule du Dr Gimbert de Cannes dont nous avons pu contrôler l'excellence après maints tâtonnements. La créosote, pour être parfaite, ne doit pas contenir d'acide phénique, c'est dire qu'elle doit être distillée entre 200 et 210 degrés. Les créosotes ordinaires du commerce ne contiennent que 60 à 65 0/0 de liquide distillant ainsi entre 200 et 210 degrés. Ainsi préparée, elle contient surtout du gaïacol, uni à un peu de créosol ; elle rend les mêmes services que le gaïacol pur qui est d'un prix trop élevé pour la pratique courante. Quant à l'huile, c'est de l'huile d'amandes douces mondées ou de l'huile d'arachides ou de l'huile d'olives, lavée à l'alcool, pour enlever l'acide oléique, et de laquelle on chasse ensuite l'alcool, par décantation et ébullition. Ce mélange est très bien toléré par la peau, quand il est introduit avec une extrême lenteur : 20 gr. par heure présentent la dose moyenne, c'est dire que nos injections durent de deux heures et demie à 7, 8 et même 9 heures. Mais pour que cette lenteur de l'opération soit possible, il fallait de toute nécessité que l'injection se fit pour ainsi dire automatiquement, sans l'intervention continue d'un médecin. C'est ce résultat que nous avons atteint au moyen de l'appareil ci-joint, à la confection et à l'épreuve duquel le Dr Guerder a donné une précieuse collaboration.

Cet appareil, basé sur le même principe que celui du Dr Gimbert, fonctionne par la simple pression de l'air, qui, une fois introduit par une

pompe dans un flacon gradué, ne peut plus en sortir et comprime l'huile créosotée qui s'écoule par un long tube en caoutchouc terminé par une aiguille en or ou en platine, avec embout en aluminium (ce sont les seuls métaux que la créosote n'altère pas). Un manomètre à air comprimé sert à guider l'opérateur. Pour mettre l'appareil sous pression, on s'assure que le robinet inférieur est bien fermé, puis on donne 5 ou 6 coups de pompe ; on voit à chaque nouvelle pression le liquide monter dans le manomètre. Quand il y arrive à un niveau déterminé, marqué par un trait, on atteint la pression convenable : en ouvrant le robinet, on peut voir



qu'alors l'huile coule par l'aiguille à une vitesse de 45 à 50 gouttes par minute ; c'est une vitesse qui ne doit jamais être dépassée ; mieux vaut même rester en deçà. Quand on est bien sûr que l'écoulement se fait avec la vitesse voulue, on referme le robinet, et l'on introduit profondément l'aiguille sous la peau après avoir pris toutes les précautions antiseptiques d'usage. On note exactement, sur l'échelle, la hauteur du liquide et l'écoulement s'opère régulièrement sans qu'on ait à s'en occuper ; un coup de pompe toutes les 2 heures, en moyenne, suffit à entretenir la pression. On est averti de l'opportunité qu'il y a à

donner ce coup de pompe, quand on voit le niveau dans le manomètre descendre à un centimètre au-dessous de l'index. Quand la quantité du médicament prescrit a été injectée, on ferme le robinet en verre ; on laisse l'aiguille dans la peau 2 ou 3 minutes, pour que le tube de caoutchouc se vide ; puis on retire l'aiguille et on recouvre la piqûre avec de la baudruche humectée de solution antiseptique ; on peut laisser l'appareil sous pression, en attendant l'opération suivante. Mais quand on a besoin de remettre du liquide, on dévisse *très doucement* la pompe. Il est important de ne pas avoir de décompression trop brusque qui entraînerait une ou plusieurs bulles d'air du manomètre et nuirait à son fonctionnement ultérieur. Dans un autre modèle (n° 2) la pompe n'est pas fixée à l'appareil. Avec ces appareils, toute personne intelligente et soigneuse peut faire les injections créosotées ; tous nos infirmiers savent les faire après deux séances d'apprentissage, les malades se les font aussi entre eux, à moins qu'ils ne préfèrent se les faire à eux-mêmes.

L'injection n'est pas très douloureuse. Beaucoup de malades disent que ce qu'il y a de plus désagréable, c'est la piqûre initiale ; d'autres se plaignent d'une douleur sourde, très légère pendant l'opération, mais appréciable surtout pendant les 4, 5 et 12 heures suivantes. Dans quelques cas exceptionnels, la douleur est violente, mais en général de peu de durée. Quelques malades enfin (nous ne l'avons encore observé que chez 2 femmes) accusent, pendant les 24 heures qui suivent l'injection, un prurit limité à la région injectée ou envahissant les régions injectées antérieurement. Chose curieuse, ce sont les 7 ou 8 premières injections qui sont le plus douloureuses, même quand elles sont à petite dose. Il se fait une sorte d'entraînement tel, que le malade qui accusait des douleurs pénibles après une injection de 10 gr. au début, n'éprouve qu'une douleur insignifiante à la 15^e ou 20^e piqûre, même avec des doses de 60 et 100 gr. Un autre fait, que nous ne parvenons pas à expliquer, est le suivant : On peut affirmer que l'opération occasionnera des douleurs, lorsqu'en retirant l'aiguille, on voit suinter par le trou, de l'huile sanguinolente ; quand au contraire, il ne sort pas de sang, on peut presque affirmer que l'opération ne sera pas suivie de douleur. Or les piqûres sanguinolentes n'apparaissent qu'au début du traitement et sont en somme assez rares (une fois sur 20 en moyenne).

La douleur varie d'ailleurs d'un individu à l'autre, et chez le même individu elle varie d'un jour à l'autre : un homme supportera 20 piqûres consécutives sans douleur notable, pouvant continuer à travailler, à se promener, etc., et ressentira douloureusement sa 21^e piqûre. La douleur varie aussi suivant les régions qu'on choisit pour l'injection : la place la plus favorable est la région fessière ; mais, comme il est impossible de faire l'injection tous les jours au même endroit, on est obligé de s'écarter de ce lieu d'élection, et d'opérer dans son voisinage. Chaque malade a d'ailleurs ses préférences ; les uns aiment mieux la piqûre dans le dos,

les autres la préfèrent à la partie externe des cuisses ; presque tous redoutent la piqûre faite aux flancs.

Ces piqûres n'empêchent pas les malades de travailler : un employé de nos amis va tous les jours à pied à son bureau distant de 3 kilomètres, un autre exerce sa profession de coiffeur tout en venant subir tous les 2 jours une injection de 50 grammes ; un de nos infirmiers bénévoles se fait à lui-même, tous les soirs, une piqûre de 100 grammes, ce qui ne l'empêche jamais de dormir et de travailler très assidûment le lendemain. Nous avons surpris un de nos malades jouant au jeu de saut-de-mouton, une heure après une opération faite sous nos yeux. Plus nos appareils se perfectionnent, et plus rare est la douleur. Nous pensons qu'elle est due assez souvent à ce qu'une particule du tube de caoutchouc, désagrégé par la créosote, pénètre sous la peau ; on évite facilement cet accident, soit en se servant tous les jours de l'appareil, soit en le laissant perdre 8 ou 10 grammes d'huile au début de chaque opération, pour bien vider le tube. La douleur est souvent due aussi à la trop grande rapidité de l'injection. Les intéressés sentent très bien quand le débit de l'aiguille est trop rapide ; il suffit alors de diminuer la vitesse de l'écoulement, soit en tournant le robinet de verre qui le gradue, soit en faisant baisser la pression de l'air, ce qu'on obtient en dévissant quelque peu la pompe, si l'on se sert de l'appareil n° 1.

La douleur est due aussi parfois à l'impureté de l'huile employée : la première condition pour faire de la bonne thérapeutique est d'avoir de bons médicaments.

La longueur du tuyau de conduite permet aux malades de faire quelques mouvements ; ils ne sont pas condamnés à une immobilité qu'ils accepteraient difficilement. Ils peuvent donc manger, lire pendant l'injection. Ils pourraient même dormir, mais nous ne les encourageons pas à le faire, de crainte de mouvements involontaires.

Bref la douleur de l'injection ne condamne pas la méthode sauf chez certains névropathes qui ne veulent pas s'astreindre à une obligation quotidienne ou à une immobilité relative prolongée, et chez certaines femmes d'une sensibilité excessive.

Dans certains cas de névralgie intercostale chez les tuberculeux, nous nous sommes bien trouvé de faire l'injection au point douloureux.

Quant aux effets locaux, ils sont les suivants :

Pendant la première demi-heure, rien d'appréciable ; au début de la deuxième demi-heure, apparition d'une légère tumeur, à base de 5 à 6 centimètres de diamètre en moyenne, puis, vers le commencement de la deuxième heure, apparition 2 fois sur 10 d'une légère rougeur érythémateuse sans augmentation de chaleur à la peau.

Deux cas peuvent ensuite se présenter, le plus souvent (9 fois sur 10), l'huile se résorbe, la rougeur érythémateuse et la tuméfaction diminuent à partir de la 3^e heure et, le lendemain, il n'y a plus trace de l'injection ; 1 fois sur 10 au contraire, le lendemain et les jours suivants, la région

injectée est indurée, douloureuse au toucher. Enfin 1 fois sur 100, l'huile s'enkyste et la région devient fluctuante et reste telle, pendant 5, 10 et même 15 jours. Mais ce kyste finit toujours par se résorber et ne suppure jamais. Il n'est en rien douloureux.

Dans certains cas exceptionnels, les choses se passent différemment tout autour du point piqué ; la peau blanchit et il se forme une sorte de plaque qui ressemble à de la sclérodermie, et qui tranche par sa coloration sur la teinte rosée qui l'entoure. Par un gracieux hasard, notre ami le Dr Barthélemy a vu chez un de nos injectés cette plaque blanche se produire sous ses yeux. Elle avait l'aspect de cette lésion cutanée qu'on appelle morphée. Elle n'en différait que par sa forme très régulièrement circulaire.

Ajoutons enfin que dans des cas encore plus rares et évitables, la région injectée a l'aspect érysipélateux et est très douloureuse au toucher ; le lendemain elle est oedématisée et garde l'empreinte du doigt. Ces accidents ne se produisent jamais quand on se sert d'un médicament bien préparé, ils dénoncent une huile impure, et chose curieuse ils ne sont jamais suivis de suppuration ; mais ils sont à éviter soigneusement car ils compromettent la méthode, et donnent au malade une fièvre ardente qui ne survient que 20 ou 24 heures après l'injection, qui ne dure que 5 ou 6 heures, mais qui est néanmoins fort pénible.

Quand la piqure n'est pas assez profonde, on en est averti, 1° par la douleur, 2° par la difficulté de l'écoulement, 3° par l'apparition après l'opération d'une sorte de grosse bulle sous-épidermique ; le malade court alors le risque d'avoir une eschare au point piqué. L'évolution de ces eschares est la suivante : Pendant les premiers jours qui suivent la piqure, rien ne fait prévoir leur apparition ; puis, vers le 15^e jour, le derme prend une coloration brunâtre, sur une surface qui ne dépasse jamais une pièce de un franc, et qui le plus souvent atteint à peine celle d'une pièce de 5 fr. en or. Cette mortification survient sans démangeaison, sans douleur, et, presque jamais, le malade ne la signale au médecin ; 8 ou 10 jours après, un sillon se forme entre la peau mortifiée et la peau saine ; il s'agrandit de jour en jour, si bien que, la troisième semaine, la lésion prend l'aspect d'une plaie bien arrondie le plus souvent cupuliforme, mais parfois faite comme à l'emporte-pièce, au milieu de laquelle est un filot noirâtre qui tombe vers la 4^e semaine. La réparation se fait avec la même lenteur, la même régularité, la même indolence. L'évolution totale exige environ deux mois et il reste une cicatrice rougeâtre en général, peu profonde. Ces eschares guérissent spontanément ; mais nous les utilisons au profit du malade, en les bourrant d'iodoforme ; nous faisons ainsi absorber aux malades des doses appréciables d'iodoforme qui se rencontre dans la salive, 48 heures après, ainsi que nous avons pu nous en convaincre, en traitant cette salive par une très petite quantité de calomel. Malgré le parti que nous en tirons, nous mettons tout notre soin à éviter ces eschares qui sont, en somme, des accidents à mettre au passif de la

méthode. C'est dans le même esprit qu'il faut éviter l'introduction de l'air sous la peau : un de nos malades était si occupé à lire son journal, qu'il ne s'aperçut point que le flacon d'huile s'était vidé, de sorte qu'il s'injecta dans la cuisse, une énorme quantité d'air, sans s'en apercevoir ; mais 1 heure après, il avait la cuisse et les bourses extraordinairement volumineuses, au point de ne plus pouvoir s'habiller ; le lendemain l'emphysème avait gagné jusqu'au genou et jusqu'à la ceinture ; le surlendemain, il avait de l'emphysème sous-cutané jusqu'au cou ; ni la vue, ni le toucher, ne permettait de s'en apercevoir ; mais en appliquant l'oreille sur sa poitrine, nous fûmes très étonné de trouver à un premier examen, des râles crépitants semblables à ceux du début de la pneumonie ; un deuxième examen, fait de l'autre côté, nous fit percevoir les mêmes râles, au début de l'auscultation, et nous les entendîmes ainsi jusqu'au voisinage du cou, en avant et en arrière. Ce petit incident n'eut aucune suite, mais il nous démontra l'utilité qu'il y avait à filtrer l'air, et à inviter le malade à être un peu plus soucieux de l'opération qu'il subissait.

À la longue, la peau de nos injectés devient pachydermique ; la grande difficulté de l'opération est alors l'introduction des aiguilles ; il nous est arrivé d'en briser et d'en tordre, mais sans provoquer de douleurs appréciables ; force est alors de suspendre pendant 8 ou 10 jours le traitement ; après ce délai, la peau reprend sa souplesse, et les malades littéralement entraînés supportent le traitement avec une facilité incroyable.

En résumé, l'action locale de ces injections est intéressante à étudier ; quand elles sont bien faites, elles n'occasionnent ni douleur ni accident. Nous en avons fait ou fait faire environ 2,500 sans provoquer la moindre récrimination des malades et quand des accidents surviennent, par le fait d'une manœuvre ou d'une préparation défectueuses, ils sont toujours sans gravité.

La peau supporte l'huile simple avec une tolérance incroyable ; nous avons pu faire, sans le moindre accident, à un homme atteint d'ulcère de l'estomac et que nous voulions nourrir par la peau, des injections quotidiennes d'huile, jusqu'à la dose incroyable de 320 gr. en une seule piqure ; or l'huile créosotée, suivant la formule de M. Gimbert, ne paraît pas beaucoup plus offensante que l'huile simple. Hâtons-nous de dire que, si la proportion de créosote était plus forte, les choses ne se passeraient pas ainsi et qu'avec le mélange à 1 pour 3 on verrait survenir des eschares à chaque injection.

Ajoutons encore que, si des pièces métalliques autres que celles qui entrent dans notre appareil (aluminium, or ou platine) se trouvaient en contact avec la créosote, l'injection pourrait être extrêmement périlleuse.

Quant aux effets généraux (action sur la fièvre, sur la sueur, sur les urines, etc.), nous n'avons pas l'intention de les indiquer dans cette note pour ne pas abuser de l'attention de la Société. Mais nous sommes en

droit d'affirmer que les effets thérapeutiques sont favorables, surtout dans les tuberculoses ganglionnaires, dans certaines variétés de tuberculose pulmonaire avec ou sans fièvre, avec ou sans hémoptysies.

SUR UN CAS DE KÉRATODERMIE PALMAIRE ET PLANTAIRE UNILATÉRALE EN FOYERS OCCUPANT LES ORIFICES SUDORIPARES

Par MM. H. HALLOPEAU et PAUL CLAISSE.

M. E. Besnier distingue, dans ses annotations encore inédites à la deuxième édition française du traité de Kaposi, quatre espèces de kératodermie palmaire et plantaire et plusieurs variétés dont l'une est caractérisée par la localisation initiale des lésions dans les orifices sudoraux que distendent des cônes cornés comédoniens à feuillets concentriques. M. Brocq a également observé cette même variété. Le malade que nous avons l'honneur de mettre sous les yeux de la Société, en présente un remarquable exemple.

Le nommé Cr..., F., âgé de 30 ans (salle Bazin, n° 41) a vu, à l'âge de 12 ans, se développer sur la plante de son pied droit des saillies dures. Elles ont débuté par la partie externe du pied ; d'autres sont survenues plus tard au talon, à la partie antérieure de la plante du pied et à la main droite. Quelques-unes ont, à certains moments, provoqué des douleurs assez vives pour empêcher la marche.

Actuellement on voit à la plante du pied, une vingtaine de plaques arrondies formant plusieurs groupes. Le plus remarquable est disposé suivant une traînée parallèle au bord de la plante du pied, à 5 cent. environ de ce bord ; il en existe aussi un groupe important au niveau du talon ; deux autres plaques sont situées à la partie antérieure de la plante du pied ; l'une répond à la base du gros orteil ; l'autre à celle du 3^e orteil ; la pulpe du 2^e orteil porte une plaque semblable.

Les lésions n'occupent pas uniquement la plante du pied : sur le bord interne on trouve, dans le tiers antérieur, une volumineuse plaque ovale paraissant résulter de deux ou trois masses réunies ; en arrière de celle-ci, une autre plus petite, arrondie. Au-dessous et en arrière de la malléole interne existe encore une plaque large et saillante.

Ces plaques sont dures, cornées, arrondies, entourées souvent par une zone légèrement érythémateuse et creusées d'une ou plusieurs cavités cratériformes que remplissent des concrétions cornées, jaunâtres, irrégulières, rocheuses, très dures ; on ne les enlève que difficilement : on trouve alors une excavation régulière, presque lisse.

On remarque, autour de ces saillies kératodermiques, des orifices dilatés qui appartiennent certainement à des glandes sudoripares, car il n'y a pas de glandes sébacées dans cette région. Les mêmes dilatations existent groupées en plaques plus ou moins étendues sous la malléole interne et à la partie interne de la plante du pied. L'une de ces plaques mesure environ 8 centimètres d'avant en

arrière sur 2 à 3 centimètres transversalement. Elles sont entourées d'une aréole érythémateuse. Les dilatations les plus fines sont punctiformes ; d'autres atteignent les dimensions d'un grain de millet ou d'un grain de chènevis. Celles-ci sont obturées par une concrétion cornée et on trouve tous les intermédiaires entre les plus petites dilatations et les cratères signalés au centre des plaques kératodermiques. Il est manifeste que les plus volumineuses de ces plaques sont constituées par la confluence de plusieurs de ces dilatations sudoripares.

Le processus qui a donné lieu à la production de ces lésions paraît être partout le même : dilatation des orifices sudoripares, hyperplasie et kératinisation de l'épiderme qui les tapisse et les entoure, accumulation de la substance cornée dans la cavité qu'ils circonscrivent.

De la plaque située à la partie postéro-externe du talon s'élève verticalement, à égale distance du tendon d'Achille et du bord postérieur de la malléole externe, une traînée qui atteint verticalement 10 cent. sur 1 cent. d'avant en arrière et qui est constituée par des saillies papuleuses et érythémateuses. Ces saillies sont criblées de dilatations punctiformes identiques à celles qui ont été signalées à la plante du pied ; mais il n'y a plus ici de productions cornées.

A la main droite, il existe des callosités disposées en traînées sur les faces palmaires de l'index et du médus ; elles se réunissent à la paume de la main entre les bases de ces deux doigts et paraissent répondre à des rameaux nerveux. Ces callosités sont criblées d'orifices sudorifères dilatés et comblés par des concrétions noires. Ces orifices atteignent par places la dimension d'un grain de millet. A la partie moyenne de la paume de la main, on voit une callosité semblable.

On trouve ici comme au pied tous les intermédiaires entre les dilatations punctiformes des glandes sudoripares et les larges dilatations cratériformes remplies de concrétions cornées.

Il est de toute évidence que, chez ce malade, comme chez celui de M. Besnier, la lésion initiale porte exclusivement sur les orifices des conduits sudoripares.

Nous avons constaté que la sécrétion sudorale ne se fait pas par les orifices dilatés et obturés.

La marche est actuellement pénible. La peau est rouge et douloureuse autour de plusieurs foyers.

Notre observation nous paraît établir qu'il s'agit là d'une variété de nævus : la traînée verticale qui remonte à la jambe entre le bord interne du tendon d'Achille et le bord postérieur du tibia ainsi que la disposition des saillies palmaires en séries parallèles à la distribution de rameaux nerveux sont pour nous, à cet égard, tout à fait caractéristiques. L'on pourrait, il est vrai, nous objecter l'âge auquel l'éruption semble s'être manifestée ; le malade avait alors 12 ans ; mais il est établi que le nævus, bien que lié à un trouble congénital dans la nutrition des tissus, peut n'apparaître que longtemps après la naissance. L'un de nous en a fait connaître récemment un exemple des plus démonstratifs (1) : M. X..., âgé de 18 ans, est atteint de nævi kérato-pilaires distribués suivant des

(1) HALLOPEAU, *Bulletin de la Société clinique et France médicale*, 28 novembre 1890.

trajets nerveux ; il assure qu'il a eu toute sa vie une partie de ces altérations, mais que certaines d'entre elles sont au contraire d'origine récente ; c'est ainsi qu'il a vu, à sa main droite, le petit doigt et le médius être envahis progressivement ; il porte également sur plusieurs espaces intercostaux des traînées næviques qu'il affirme être d'origine récente ; or on ne peut révoquer en doute les assertions de ce jeune homme qui est remarquablement intelligent et très cultivé.

Il résulte de ces faits que la définition du nævus doit être modifiée : on n'est plus en droit de dire, avec Rayer, qu'il est constitué par une altération *congénitale* de la couleur ou de la texture de la peau, car le trouble de développement qui en est la cause prochaine peut ne se traduire que tardivement par des manifestations apparentes.

M. Besnier admet que cette variété de nævus kératodermique est d'origine tropho-névrotique : on peut, chez notre malade, invoquer en faveur de cette interprétation la distribution des traînées palmaires suivant le trajet de rameaux nerveux ; mais on peut soutenir aussi une interprétation différente qui a été formulée par Kaposi : étant donné que, chez l'embryon, les bourgeons qui représentent les membres subissent une incurvation en spirale avec tous leurs éléments constitutifs, les nerfs comme les vaisseaux, les papilles, les poils et les faisceaux de tissu connectif, un trouble dans le développement de ces bourgeons devra nécessairement correspondre au trajet des nerfs sans que l'on puisse dire pour cela qu'il soit sous leur dépendance.

La kératodermie que nous venons d'étudier est-elle la seule que l'on doive considérer comme de nature nævique ? Non sans doute : M. Besnier admet que la *kératodermie symétrique et congénitale*, si bien décrite et séparée de l'ichthyose par Unna, peut coexister avec des nævi, le moulage du Musée qui porte le numéro 1168 et appartient à M. Vidal en offre un exemple ; d'autre part nous devons rapporter à un trouble de développement bien proche de celui qui produit les nævi la *kératodermie dite commune symétrique des extrémités* ; le second malade que nous avons l'honneur de vous présenter et qui offre un beau type de cette altération, en fait remonter le début à la deuxième année de sa vie, et elle s'est manifestée sans cause apparente, elle occupe des parties symétriques des quatre extrémités, elle est indélébile ; ne sont-ce pas là des caractères qui appartiennent aux nævi ?

L'accumulation de substance cornée qui caractérise ces altérations paraît due au mode spécial de réaction que présente l'épiderme des régions palmaires et plantaires : de même que l'on voit l'eczéma, le psoriasis et parfois les syphilides s'accompagner d'une hyperkératinisation lorsqu'ils se localisent dans ces parties, de même des nævi, qui dans d'autres régions présenteraient le caractère dit verruqueux, deviennent ici kératodermiques ; notre premier malade en est un exemple, car ses foyers plantaires de kératodermie se continuent à la jambe avec une traînée de nævus dit verruqueux.

Nous résumerons ainsi qu'il suit les conclusions de notre travail :

1° La kératodermie palmaire et plantaire limitée aux orifices sudoripares est une forme de nævus ;

2° Elle est liée suivant toute ressemblance à un trouble d'origine embryonnaire dans la nutrition des tissus ;

3° Elle peut n'apparaître que dans l'adolescence ;

4° Elle constitue une affection pénible par sa durée indéfinie, par la gêne souvent douloureuse qu'elle entraîne et par la dermite dont elle est parfois le point de départ ;

5° Il est très probable que les kératodermies symétriques des extrémités que M. Besnier distingue sous les dénominations de *congénitale* et *héréditaire* et de *commune* sont également des formes de nævi empruntant aux régions dans lesquelles ils se développent leurs caractères particuliers.

HYDRARGYRIE BULLEUSE (PEMPHIGUS HYDRARGYRIQUE)

Par M. le professeur PETRINI (de Galatz)

Médecin-chef des hôpitaux de Bucarest.

Les auteurs ont décrit un *herpes gestationis*, pour lequel Unna préfère le nom d'hydroa de la grossesse. Hebra et Köbner ont observé chez des femmes nerveuses, hystériques, l'apparition du « pemphigus » coïncidant quelquefois avec l'accouchement, disparaissant après ; d'autres fois cette affection apparaissait régulièrement, seulement après l'accouchement.

Je ne sais si, en admettant cette variété de dermatopathie bulleuse, les auteurs ont eu en vue les circonstances pathogéniques à l'occasion desquelles la maladie fait son apparition. C'est pourquoi je sou mets le fait suivant à l'observation de la Société.

M^{me} X..., 22 ans, tempérament nerveux, a toujours été bien portante ; réglée à l'âge de 14 ans, a toujours eu une menstruation normale. Mais elle a une idiosyncrasie particulière, celle de ne pouvoir supporter la moindre dose d'une substance hydrargyrique quelconque sans avoir à subir des phénomènes d'hydrargyrisme.

Ainsi, une pommade au calomel, appliquée en petite quantité sur le visage, produit un œdème rouge assez prononcé peu de temps après cette application.

L'année dernière, à la suite de son premier accouchement, on lui fait des injections intravaginales avec une solution de sublimé à 1 p. 1000. Deux ou trois jours après, la peau de l'abdomen est couverte d'un érythème urticains, qui disparaît aussitôt qu'on cesse l'emploi du mercure. Dans les premiers jours d'octobre 1890, deuxième accouchement qui s'effectue aussi bien que le premier.

L'accoucheur ordonne des injections intra-utérines le premier jour, intravaginales les jours suivants, avec une solution ainsi composée : sublimé corrosif 7 gr. alcool 50 gr. eau distillée 250 gr.

Le premier jour on ajouta 4 cuillerées à soupe de cette solution à un litre d'eau, qui fut injecté dans la cavité utérine. Les deux jours suivants on injecta dans le vagin un litre d'eau ne contenant que deux cuillerées à soupe de la même solution.

Mais deux jours seulement après l'accouchement et les injections mentionnées, la parturiente éprouva des picotements et des démangeaisons sur toute la surface du tégument externe. Elle prévint son accoucheur des faits précédents, mais celui-ci n'admit pas l'action du mercure dans ces manifestations, d'autant plus qu'on n'avait fait que trois injections.

Le troisième jour la peau des avant-bras, des mains et des jambes surtout devient érythémateuse. Les picotements et les démangeaisons persistent. A la demande de la malade, les injections hydrargyriques sont supprimées.

Le quatrième jour apparaissent des bulles disséminées principalement sur les différents points des bras, des avant-bras, sur la paume de la main et les doigts ; cela symétriquement à droite et à gauche. La rougeur de la peau avait disparu avec l'apparition des bulles. Celles-ci ont d'abord les dimensions d'un gros pois, elles sont sphériques, distendues par un liquide clair jaunâtre, et ont des parois assez résistantes. Leur volume croît considérablement, et deux jours après leur apparition, certaines d'entre elles atteignent les dimensions d'une grosse noix. Elles n'ont pas de tendance à s'affaisser, restent aussi résistantes au toucher, le liquide qui les remplit est d'un jaune foncé. Avec une aiguille flambée on ouvre les plus grosses bulles. Elles donnent lieu à l'écoulement du liquide qui s'échappe en un jet assez fort. Sous les parois de bulles on voit les surfaces rouges du réseau malpighien. Les bulles étant complètement vidées de leur contenu, on laisse en place leurs parois ainsi affaissées.

Etant appelé à donner mes soins à la malade quinze jours après la première évolution pemphigoïde, je prescrivis l'emploi du bromhydrate de quinine à la dose de 1 gramme par jour et un pansement local avec une pommade composée de thyol 10 grammes, vaseline blanche 60 grammes, baume du Pérou 5 grammes. Mais avant l'application de cette pommade la malade devait prendre un bain à 29° contenant une certaine quantité d'acide borique dans lequel elle tenait les avant-bras et les mains pendant trente minutes.

Ce traitement calma rapidement les picotements et les fortes démangeaisons. Mais, sous les parois des bulles vidées du liquide et affaissées, apparut le lendemain une nouvelle quantité de liquide d'un jaune trouble ; de sorte qu'on trouvait, à la même place, des bulles plus petites formées au dépens de la grosse bulle. Aussi, pour hâter la guérison, je me décide à enlever les bulles dans leur totalité avec les ciseaux, ce que la malade réclamait, malgré les douleurs produites par cette petite opération.

Chaque jour, il se forme de nouvelles bulles qui croissent toujours rapidement, atteignant du jour au lendemain le volume d'un gros pois à celui d'une grosse noisette. L'apparition de bulles est accompagnée d'une légère fièvre, et d'une forte démangeaison.

Huit jours après l'accouchement, et après les trois seules injections au sublimé qu'elle avait eues, elle fut atteinte d'une stomatite mercurielle typique.

L'évolution de l'éruption bulleuse s'est effectuée d'abord par petites bulles à contenu clair jaunâtre ; les efflorescences en augmentant de volume avaient un contenu liquide d'un jaune foncé ; mais les parois étaient toujours très résistantes.

La malade acceptant un examen minutieux, je constate sur les diverses régions de la peau, par ci par là, quelques petites excoriations épidermiques noirâtres produites par le grattage que provoquent les démangeaisons éprouvées par la malade. Je constatai un jour symétriquement à la face interne du troisième orteil, à droite et à gauche, deux bulles pleines d'un liquide jaunâtre, bien distendues, sphériques, comme une petite noisette.

Les bulles, au bout de quelques jours, cessèrent de devenir aussi volumineuses; et les nouvelles qui paraissent ne dépassèrent pas les dimensions d'une noisette.

Les avant-bras et les doigts étaient engourdis, raides, mais cet état disparut au bout de quelques jours, à la suite de l'emploi des bains boriqués et de la pommade au thylol.

Au bout de six jours de ce traitement la malade était assez bien, et je ne constatai plus que l'apparition de deux bulles du volume d'un gros pois, occupant la face antérieure de l'avant-bras gauche et une petite bulle à la face interne de l'annulaire droit.

La stomatite mercurielle n'a disparu complètement que vingt jours après l'accouchement, à la suite de l'emploi du chlorate de potasse.

L'analyse chimique et microscopique de l'urine dénote un catarrhe vésical; mais pas d'albumine.

En terminant en résumé cette observation, je dois dire que les bulles ont toujours occupé la peau saine, et, à la suite de la guérison, il n'est resté à leur place que des taches plus foncées de la peau, qui ont disparu par l'emploi d'une pommade à l'oxyde de zinc benzoïné.

J'ai intitulé cette observation « Pemphigus hydrargyrique » parce que les noms d'herpes gestationis, ou d'hydroa de la grossesse n'indiquent peut-être pas la cause intime de la maladie, et parce que ces dernières dénominations se rapportent aussi à la dermatite polymorphe, douloureuse, récidivante de la grossesse, de Brocq. Or, dans le cas présent, nous n'avons observé que des bulles se développant sur le tégument ayant sa couleur normale, et pas d'autre efflorescence.

Le nom d'hydroa étant également synonyme de celui de dermatite herpétiforme de Duhring, avec ses manifestations chroniques à poussées successives, ne peut être admis dans ce cas.

L'éruption bulleuse chez notre malade a été symétrique, occupant les mains, les doigts et les avant-bras; la symétrie était moins marquée aux orteils, mais depuis le commencement jusqu'à la fin il n'y a eu que des bulles. Ces bulles présentaient ceci de particulier que, en deux jours, elles prenaient un volume considérable, et que leurs parois étaient assez résistantes pendant toute leur évolution.

Je crois qu'on ne peut mettre ici en doute l'influence du mercure, comme cause de l'affection bulleuse.

La stomatite typique, l'irritation de la peau à la suite de l'application d'une pommade au calomel, et les autres manifestations cutanées consécutives à l'emploi des préparations hydrargyriques sont là pour mettre, je crois, en évidence la pathogénie de ce pemphigus.

Certes, il n'y a pas lieu d'accuser l'accoucheur qui s'est servi des injections hydrargyriques, puisque ces injections sont employées journellement sans produire de pareils accidents.

Seulement, comme il y a des prédispositions individuelles, j'ai voulu, par cette observation, attirer l'attention des praticiens sur la cause du pemphigus nommé herpes gestationis, qu'on peut considérer dans certains cas comme un pemphigus hydrargyrique.

Un mot pour clore cette observation.

L'emploi du thyol a eu une action très favorable dans ce cas. Sous son influence, la démangeaison s'est aussitôt calmée, et, dès son application, les bulles ne prenaient plus de dimensions aussi considérables qu'avant son emploi.

Les dénudations épidermiques, qui succédaient aux grosses bulles à parois épaisses du volume d'une noix, se sont cicatrisées assez rapidement sans laisser d'autres traces qu'une pigmentation plus foncée de la peau.

L'éruption pemphigoïde, chez cette malade, a eu une durée totale de quatre semaines.

NOTE SUR UN CAS DE PÉRIOSTITE DE LA FACE INTERNE DU TIBIA ET DE SYNOVITE TENDINEUSE DES EXTENSEURS DU PIED, D'ORIGINE BLENNORRAGIQUE,

Par M. OZENNE.

Parmi les complications de la blennorrhagie aiguë chez l'homme, les synovites tendineuses se présentent avec un certain degré de fréquence, ainsi que le constatent les travaux les plus récents de Fournier (1), Mauriac (2), Boillereault (3), Chevallier (4), Maymon (5), et le Traité des maladies vénériennes de Jullien (6), pour lequel ces synovites se rencontreraient dans un quart des cas de blennorrhagisme.

Aussi nous eût-il paru inutile de vous en communiquer un nouvel exemple, si le fait, dont nous venons d'être témoin, n'eût pas eu ce double intérêt de nous mettre sous les yeux une synovite, relativement rare, des extenseurs du pied, et une périostite de la face interne du tibia. complication si peu fréquente de l'infection blennorrhagique qu'en 1869, le professeur Fournier n'avait pu en recueillir qu'une douzaine de cas. Depuis cette époque différents auteurs en ont publié quelques nouveaux faits, au nombre desquels je citerai, comme l'un des plus récents, celui

(1) FOURNIER. Du rhumatisme blennorrhagique. *Ann. de dermat.*, 1869.

(2) MAURIAC. Obs. de synovite tendineuse blennorrh., 1878.

(3) BOILLEREAULT. Th. de Paris, 1874.

(4) CHEVALLIER. Th. de Paris, 1875.

(5) MAYMON. Th. de Paris, 1885.

(6) JULLIEN. Maladies vénériennes, 1886.

que Raynaud a rapporté en décembre 1890, dans le *Bulletin médical de l'Algérie*.

C'est par ce double titre, existence simultanée de périostite et de synovite, que se recommande l'observation suivante, dont je vais donner une courte relation.

Le 20 décembre dernier, j'étais consulté par un jeune homme de 25 ans hypospade et atteint d'un écoulement blennorrhagique datant de 4 jours. L'affection se présentait avec des caractères subaigus, qu'elle a d'ailleurs conservés dans la suite jusqu'à sa terminaison, que l'on pouvait considérer le 15 février comme presque définitive.

Le premier jour où j'ai examiné ce malade il n'existait que les symptômes ordinaires de la blennorrhagie, mais 6 jours plus tard les complications suivantes le ramenaient à mon cabinet.

Depuis 72 heures environ, il avait ressenti, sans cause traumatique explicative, des douleurs continues au niveau de la partie inférieure de la jambe droite, et en outre il y avait constaté un gonflement assez accusé et assez douloureux pour empêcher le port d'une bottine à boutons. Voici dans quel état se trouvait alors la région malade :

A trois travers de doigt au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne, on voyait une saillie occupant la face antérieure et interne de la jambe, dont les téguments offraient une teinte très légèrement rosée et une notable élévation de température.

En dehors, le gonflement était mal délimité et se prolongeait vers la partie inférieure jusqu'au niveau de l'articulation sans la dépasser ; en dedans, développé aux dépens de la face interne et de la crête du tibia, il était très nettement appréciable à la palpation sous forme d'une tuméfaction dure, large, aplatie, immobile et d'une étendue de 2 à 3 cent. carrés. Sur chacun de ces points une pression, superficielle au niveau de l'os, plus profonde et plus inférieure au niveau des tendons musculaires, était douloureuse, et dans les mouvements provoqués d'extension et de flexion du pied, qui ne déterminaient qu'une douleur restreinte, la main, appliquée en regard des tendons musculaires, percevait par instants un frottement sec, mais néanmoins assez doux.

Du côté des tendons des péroniers et des tendons des fléchisseurs on ne constatait aucune lésion inflammatoire ; l'articulation tibio-tarsienne était absolument intacte ; toutefois ses mouvements n'atteignaient pas dans la marche leur amplitude ordinaire à cause de la douleur ressentie au niveau des synoviales tendineuses. Nulle part ailleurs, soit dans le voisinage, soit à distance, on ne relevait la moindre lésion ayant quelque analogie avec les précédentes et émanant de la même origine.

Dans ces conditions, le diagnostic ne pouvait rester longtemps incertain ; nous étions en effet en présence d'une synovite des extenseurs du pied et du jambier antérieur et d'une périostite de la face interne du tibia.

En une huitaine de jours, sous l'influence du repos et de la compression ouatée, ces accidents s'amendèrent et une semaine plus tard il n'en existait plus aucune trace.

Je n'insisterai pas sur la synovite tendineuse des extenseurs, dont la

fréquence pourtant est bien moindre que celle de beaucoup d'autres synovites ; je ferai toutefois remarquer que ce n'est pas au niveau de l'interligne articulaire, mais au-dessus que le gonflement des synoviales était le plus appréciable et que c'est à ce niveau que l'on percevait le frottement déterminé par le jeu des tendons.

C'est à cette même hauteur que la face interne du tibia était devenue le siège du gonflement périostique, lésion prédominante chez ce malade. Il était donc bien naturel de penser que la même cause avait dû agir sur le périoste et sur les gaines tendineuses et d'incriminer la blennorrhagie.

Pour ces dernières, c'est un fait qu'on a souvent occasion de noter ; les synovites blennorrhagiques sont en effet une des complications assez communes de la chaudepisse, mais nous croyons qu'il n'en est pas de même pour les périostites. Aussi, avant d'admettre pareille origine, la recherche de toute autre cause possible s'imposait-elle.

Le traumatisme et le rhumatisme, qui n'avaient aucune raison d'être invoqués, d'après les renseignements qui me furent donnés par le malade, durent être rapidement rejetés et la syphilis fut la seule affection pathogénique discutable, un moment du moins, car j'appris de ce jeune homme, blennorrhagique récidivant, qu'il avait été affecté, 10 ans auparavant, de plusieurs chancres génitaux.

Toutefois la multiplicité et l'évolution rapide de ces chancres, l'absence d'engorgement ganglionnaire concomitant, l'absence de toute manifestation et de toute trace syphilitiques depuis cette époque et l'apparition rapide et simultanée au cours d'une blennorrhagie, de la périostite et de la synovite, nous ont fait éliminer l'origine spécifique et rapporter à l'infection blennorrhagique le développement de l'inflammation du périoste.

La suite est d'ailleurs venue confirmer ce diagnostic, puisque la guérison s'est effectuée en quelques jours, sans qu'il ait été nécessaire de recourir à un traitement iodo-hydrargyrique.

SÉANCE DU 2 AVRIL 1891

Présidence de MM. Ernest Besnier et Lailler.

SOMMAIRE. — A l'occasion du procès-verbal : MM. LE PILEUR et FEULARD. — Dons d'ouvrages. — Élection du Bureau et du Comité de direction. — Allocution de M. LAILLER, président. — Hypertrophie congénitale de la main, par M. RICHARDIÈRE. (Discussion : M. DU CASTEL.) — Types cliniques des lymphangites ; la lymphangite ampullaire. Perméabilité persistante des voies lymphatiques dans certaines variétés de lymphopathies, par M. MOREL-LAVALLÉE. — Documents sur la syphilis héréditaire, par M. L. JULLIEN. — Hérité de la syphilis, observations d'évolution anormale, par M. FERRAS. (Discussion : MM. AUGAGNEUR, FEULARD, BARTHÉLEMY, GAUCHER, JULLIEN.) — Traitement des tuberculoses ganglionnaires par les injections hypodermiques de hautes doses d'huile créosotée, par M. BURLUREAUX. (Discussion : M. BARTHÉLEMY.) — Note sur les résultats obtenus dans le traitement de la trichophytie du cuir chevelu à l'École des teigneux de l'hôpital Saint-Louis, par MM. QUINQUAUD et BUTTE. (Discussion : MM. VIDAL, HALLOPEAU, CRUYL.) — Élections de membres titulaires et d'un membre correspondant étranger.

A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL.

M. LE PILEUR. — Je disais dans la dernière séance que, de même que M. Besnier, j'avais toujours été extrêmement surpris de la rareté des contagions syphilitiques nosocomiales. Je disais que, notamment à Saint-Lazare, je n'avais pu en observer un seul cas en 19 ans ; cela, malgré le manque de soins de nos infirmières, toutes anciennes filles publiques et d'une éducation spéciale plus que rudimentaire, cela, malgré l'accusation portée naguère contre les médecins de Saint-Lazare, dont le spéculum, disait-on, colportait la vérole avec une fréquence déplorable. Mais je faisais remarquer en même temps qu'un autre facteur pouvait amener et amenait effectivement des contagions qui, au premier abord, pouvaient en imposer quant à l'origine.

Bien des fois des cas semblables s'étaient présentés à mon observation dans l'Infirmierie des *Détenues* et je savais précisément en avoir un ou deux dans mon service actuel des *Prostituées* : mais, n'ayant pas

les dates précises, je ne pouvais citer ces observations. Les voici en deux mots :

1° Marie H..., 16 ans, insoumise, entre à Saint-Lazare le 9 novembre 1890 pour une uréthrite et une vaginite.

Le 5 janvier 1891 elle était guérie et j'allais la mettre en sortie quand j'aperçois sur la grande lèvre gauche trois petites érosions qui font suspendre son exeat. Une quatrième se montre trois jours après sur la face interne de la cuisse droite. Ces érosions étaient des chancres infectants qui suivirent leur évolution, et le 28 janvier la roséole aurait levé tous les doutes s'il avait pu en rester.

2° Clémentine L..., 15 ans, insoumise, entre à Saint-Lazare le 14 janvier 1891 pour une uréthrite, et le 27 février j'observais sur le bord libre de la petite lèvre gauche une simple rougeur qui, quatre jours plus tard, était parcheminée. Roséole le 27 mars.

Il est certain que, pour le public même médical, mais non spécial, voilà deux cas de syphilis apparus à l'hôpital qu'il semblerait naturel d'attribuer aux instruments. Cependant ce serait une erreur et, pour en finir de suite avec cette origine, je dirai que mes malades ne prennent pas d'injections en commun, et que dans mon service la canule commune dont parlait l'autre jour M. Verchère ne peut donc être incriminée. Ce reproche, disons-le en passant, pouvait s'adresser à d'autres hôpitaux qu'à Saint-Lazare et je me souviens qu'à Lourcine, nombre de femmes avaient toujours perdu cet instrument et malgré nos raisonnements empruntaient celui de leurs voisines. Enfin le spéculum dont je me sers pour les femmes syphilitiques est à part et distinct des autres.

Reste l'incubation : elle eût été de 57 jours dans le premier cas et de 44 dans le deuxième. Sans doute des cas analogues ont été enregistrés, mais à titre d'exception et par conséquent il serait peu scientifique de les invoquer quand il s'agit de faits relativement fréquents. Saint-Lazare aurait-il la spécialité des longues incubations ? C'est inadmissible. Bien mieux, l'hésitation n'est même plus permise quand on se trouve en présence d'un accident primitif, éclos, comme celui que nous relatait M. Verchère, trois mois après l'internement de la malade.

Dans ces conditions, je pense que, au lieu d'accepter une étiologie qui de l'avis de tous est extrêmement rare, il est plus naturel d'attribuer ce contagé à une cause aussi commune que facile à expliquer dans une agglomération de femmes vicieuses et capables de déjouer toutes les surveillances. C'est à cette cause seule, je le crois, et heureusement pas à nos instruments, qu'il faut attribuer ces chancres qui débutent un mois et demi ou deux mois après qu'une femme a été internée pour un autre motif.

Il est bien entendu, du reste, que tout ce que je viens de dire ne s'adresse qu'aux observations prises sur les femmes et n'a aucunement l'intention de critiquer le fait relaté par M. Feulard.

M. FEULARD. — A propos de la contagion médiate de la syphilis, je pourrai rappeler un fait que j'ai d'ailleurs signalé dans la statistique des chancres syphilitiques extra-génitaux, du service de M. Fournier, publiée dans les *Annales de Dermatologie* en 1890 ; c'est celui d'un jeune enfant atteint de chancre de l'anus vraisemblablement communiqué par une éponge. La jeune cousine de cet enfant, atteinte d'accidents syphilitiques vulvaires vus ensuite et soignée par nous, se servait en cachette pour sa propre toilette des éponges réservées au bébé. L'enquête faite dans ce cas ne nous a pas permis d'attribuer à un autre mode de contagion la syphilis de cet enfant.

Les ouvrages suivants sont offerts à la Société par leurs auteurs :

Traité descriptif des maladies de la peau ; symptomatologie et anatomie pathologique, par MM. HENRI LELOIR et EMILE VIDAL (3^e livraison).

Le lupus du larynx, par M. J.-B. MARTY.

Huile de chaulmoogra et acide gynocardique ; étude chimique et thérapeutique ; leur emploi dans le traitement de la lèpre, par M. LOUIS ROUX.

De l'excision du chancre syphilitique, par M. EDMOND WICKHAM. (Extrait de la *Médecine moderne*.)

Il est procédé aux élections du Bureau et du Comité de direction.

Sont nommés :

Président : M. LAILLER.

Vice-présidents : MM. ERNEST BESNIER, A. FOURNIER, ROLLET (de Lyon).

Secrétaires des séances : MM. ARNOZAN (de Bordeaux), BARTHÉLEMY, FEULARD, SCHMITT (de Nancy), GEORGES THIBIERGE, VERCHÈRE.

Trésorier : M. DU CASTEL.

Membres du Comité de direction : MM. BALZER, GAUCHER, HALLOPEAU, LE PILEUR, C. MAURIAC.

M. LAILLER, en prenant possession de la présidence, prononce l'allocution suivante :

MES CHERS COLLÈGUES,

Permettez-moi de vous remercier de l'honneur que vous m'avez fait en me choisissant comme président de la Société française de Dermatologie. Je n'ai

pas brigué cet honneur. Je ne vous en suis pas moins reconnaissant. Du fond du cœur, je vous remercie du grand témoignage de sympathie que vous m'avez donné et je m'efforcerai de répondre à votre confiance en apportant dans la direction de la Société tout le dévouement et toute la régularité dont je suis capable.

Avant de terminer, je vous proposerai de voter des remerciements à notre cher doyen, M. le professeur Hardy, qui a présidé avec tant de succès et de vaillance les séances de la première année de la Société de Dermatologie, et de le nommer Président d'honneur. (Applaudissements.)

M. le professeur HARDY est nommé par acclamation Président d'honneur de la Société.

HYPERTROPHIE CONGÉNITALE DE LA MAIN,

Par M. RICHARDIÈRE, médecin des hôpitaux.

Il existe deux variétés d'hypertrophie congénitale de la main. Dans une première variété, qu'on pourrait appeler *hypertrophie vraie de la main et des doigts*, l'augmentation de volume porte sur toutes les parties constituant de la main; les parties molles, les tendons, les os eux-mêmes sont augmentés de volume. Dans une 2^e variété, à laquelle conviendrait le nom de *fausse hypertrophie de la main et des doigts*, l'augmentation de volume est due au développement anormal du tissu cellulaire et de la graisse sous-cutanée. Les autres tissus de la main gardent leur volume ordinaire. Les os, en particulier, ne sont pas hypertrophiés.

La main, dont j'ai l'honneur de présenter le moule à la Société me paraît rentrer dans cette dernière catégorie.

C'est la main d'un homme âgé de soixante-huit ans, du nom de R..., exerçant la profession de maître répétiteur, qui a été amené à l'Hôtel-Dieu annexe le 28 février 1891. La veille de son entrée à l'hôpital, R... avait été frappé d'une attaque d'apoplexie.

Quand je l'ai examiné pour la première fois, il commençait à sortir du coma apoplectique. La parole était embarrassée, presque inintelligible. Les membres du côté droit étaient paralysés. Le facial inférieur participait à la paralysie. Le diagnostic porté fut le suivant : hémiplegie droite par ramollissement embolique du cerveau.

En examinant le malade, je fus frappé du volume énorme de sa main droite.

En l'interrogeant depuis, j'ai appris de lui qu'il s'agissait d'une altération congénitale de la main, qui avait été remarquée partout où le malade avait passé. Cette altération datait de sa naissance. Du plus loin qu'il se rappelait, il avait

toujours eu la main droite anormalement développée. Ses parents, qu'il a perdus assez tard, lui ont dit qu'il avait la main ainsi conformée depuis sa naissance.

Ni son père, ni sa mère n'avaient d'altérations semblables des mains. Ils étaient normalement conformés.

Le grand-père paternel du malade était officier et avait fait les guerres du premier Empire. Il était indemne de toute conformation vicieuse des mains.

Il en était de même de sa grand'mère paternelle.

Le malade n'a jamais eu de frère ni de sœur.

Il affirme n'avoir jamais entendu dire qu'aucun de ses parents ait eu une déformation quelconque des membres.

Description de la main droite. — L'augmentation de volume de la main ne porte que sur les dimensions transversales. Les dimensions verticales de la paume de la main, les longueurs des doigts ne sont pas modifiées. Les dimensions de la main et des doigts, examinées au point de vue de la longueur, sont à peu près analogues à celles de la main gauche, qui est normale. Différentes mensurations pratiquées sur les deux mains donnent, en effet, les résultats suivants :

	MAIN DROITE	MAIN GAUCHE
Du 2 ^e pli de flexion du poignet à l'extrémité de l'index. Diamètre axile.....	17.3	17
Diamètre oblique externe : de l'apophyse externe du carpe à l'extrémité de l'index.....	18	18
Diamètre oblique interne : de l'apophyse interne du carpe à l'extrémité de l'index.....	20	19
Longueur des doigts :		
Pouce.....	8	7.5
Index.....	8	8
Médius.....	9	8.5
Annulaire.....	8	8
Petit doigt.....	6	6

Comme on le voit, les dimensions longitudinales sont à peu près identiques à droite et à gauche. Les différences de quelques millimètres, qui existent pour certaines dimensions, peuvent être mises sur le compte de la saillie formée par les parties molles de la main hypertrophiée.

Les diamètres transversaux de la main droite sont, au contraire, considérablement augmentés.

La main est élargie, en forme de battoir. Les éminences thénar et hypothénar font des saillies notables. Elles débordent dans une large mesure les côtés de la main.

La main est entièrement épaissie dans le sens antéro-postérieur. Les doigts sont tous hypertrophiés, sauf l'annulaire, qui est resté absolument normal.

L'hypertrophie des doigts va en diminuant de leur base à leur extrémité. Cette conformation donne à quelques doigts, tout particulièrement au doigt auriculaire, un aspect piriforme. Les mensurations transversales suivantes donneront une idée de l'hypertrophie.

	MAIN DROITE	MAIN GAUCHE
Diamètre transversal antérieur de la paume de la main, mesuré de la base du pouce au bord interne de l'éminence hypothénar.....	11	9
Même diamètre transversal sur le dos de la main	12.5	10.5
Circonférence des doigts au niveau de la partie moyenne de la 1 ^{re} phalange :		
Pouce.....	9.5	6.5
Index.....	9	6.5
Médus.....	9.5	6
Annulaire.....	7	7
Auriculaire.....	8	5

La peau de la main ne présente aucune altération appréciable, l'épiderme est lisse. Il n'existe aucun trouble trophique, aucune éruption.

Les poils ne sont pas anormalement développés. Les ongles sont à peu près normaux, un peu plus larges pour le médus et l'index que du côté gauche. On constate, sur le dos de la main droite, un réseau vasculaire veineux absolument analogue à un réseau de même nature qui existe sur le dos de la main gauche. Pas d'exagération de la sudation.

Les pulsations des artères radiales sont égales à droite et à gauche.

Les fonctions de la main droite s'exécutaient bien avant l'hémiplégie, dont est atteint le malade. La main droite avait une force normale, non exagérée. Elle permettait à R... d'écrire et de dessiner.

La sensibilité est intacte pour ses trois modes.

L'hypertrophie de la main droite et des doigts est due à un développement anormal du tissu cellulaire sous-cutané et de la graisse qui double ce tissu. Il semble s'agir d'un lipome diffus, qui doublerait les os, les ligaments et les muscles. En fait, la sensation donnée par les parties hypertrophiées est une sensation de mollesse presque caractéristique. En certains points, au niveau des phalanges, les parties hypertrophiées sont plus dures, plus résistantes. Mais cette sensation paraît due à un tassement plus grand de la graisse. Elle ne paraît pas tenir à une exagération de volume des os. On peut, en effet, séparer les parties hypertrophiées des masses osseuses. Aucun os ne paraît augmenté de volume.

En résumé, R... présente une hypertrophie de la main droite et des doigts de cette main, à l'exception de l'annulaire, qui est resté normal.

Cette hypertrophie porte sur le diamètre transversal de la main et des doigts. Le diamètre longitudinal n'est pas modifié.

L'augmentation de volume est due au développement du tissu cellulaire sous-cutané et de la graisse. Les os ne participent pas à l'hypertrophie.

Il n'existe aucun trouble trophique de la peau. Les vaisseaux sanguins sont normaux.

Cette hypertrophie est congénitale. Les parents de R... n'en étaient pas atteints.

Les fonctions de la main n'ont pas été modifiées parce vice de conformation.

Pour expliquer cette anomalie de conformation, il n'est pas possible de penser à une altération éléphantiasique. En effet, la peau est absolument saine ; les vaisseaux lymphatiques ne paraissent pas altérés. On ne peut invoquer un trouble trophique d'origine nerveuse. Le système circulatoire ne peut non plus être mis en cause. Les artères sont normales ; les veines ne sont pas plus développées à droite qu'à gauche. Tout se borne à une infiltration de graisse entre la peau et les parties osseuses. Il semble donc que cette altération de la main rentre dans la classe des tumeurs graisseuses diffuses. Nous pensons qu'il s'agit d'un lipome diffus, généralisé à presque toute la main.

Les exemples d'un semblable vice de conformation de la main ne sont pas très fréquents. Cependant il en existe un certain nombre d'observations dont on pourra trouver l'indication dans l'article *Doigt* du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, dû à M. Polaillon. Dans les quelques faits cités, l'hypertrophie portait quelquefois sur toute la main, en respectant comme dans notre fait, tantôt un doigt, tantôt plusieurs. D'autres fois, l'hypertrophie ne porte que sur les doigts. Enfin, dans un 3^e ordre de faits, l'hypertrophie occupe à la fois la main, le membre supérieur et exceptionnellement le membre inférieur ou un côté de la poitrine. Dans quelques cas, on a observé simultanément l'existence de lipomes en différents points du corps.

Cette coïncidence nous paraît un argument à faire valoir à l'appui de notre opinion, à savoir que ces hypertrophies ne sont que des variétés de lipomes diffus.

Chose remarquable, dans la plupart des faits cités, il est noté expressément que l'hérédité fait défaut, et que l'hypertrophie fait surtout des progrès après la naissance.

Le moulage, offert à la Société par M. Richardière, est déposé au musée de l'hôpital Saint-Louis (*Collect. génér.*, n° 1605).

M. Du CASTEL. — Cette observation est très intéressante ; elle présente avec celle du malade que j'ai présenté à la dernière séance des analogies et des différences. Dans les deux cas, un des doigts est respecté et les doigts augmentés de volume sont de forme conique. Mais, tandis que chez le malade que j'ai présenté, le dos de la main était augmenté de volume, la peau de la main était violacée, et était le siège de troubles circulatoires avec des poussées d'œdème, chez le malade de M. Richardière, le dos de la main est normal, la peau est violacée et mollassse. On peut résumer ces différences en disant que le malade de M. Richardière tourne vers le lipome, tandis que celui que j'ai fait voir tourne vers l'éléphantiasis.

TYPES CLINIQUES DES LYMPHANGITES: LA LYMPHANGITE « AMPULAIRE » — PERMÉABILITÉ PERSISTANTE DES VOIES LYMPHATIQUES — DANS CERTAINES VARIÉTÉS DE LYMPHOPATHIES.

Par M. MOREL-LAVALLÉE.

Un récent article de MM. Hallopeau et Goupil dans les *Annales de Dermatologie*, relatif à la lymphangiectasie tuberculeuse, dont ils avaient l'été dernier présenté à cette Société un si bel exemple, m'a inspiré le désir de comparer, au point de vue clinique, les divers types aujourd'hui connus de lymphangite.

1° *Lymphangite tronculaire*. — C'est la plus ancienne en date. On ne l'observe guère à l'état de pureté (c'est-à-dire sans la coexistence de nappes rosées superficielles), que dans la forme torpide et indurée à laquelle le chancre syphilitique donne parfois lieu.

Encore faut-il ici noter que, d'après des recherches récentes, la soi-disant lymphangite dorsale de la verge accompagnant le syphilome primaire serait souvent, en réalité, une phlébite.

2° *Lymphangite réticulaire*. — Elle accompagne régulièrement la lymphangite tronculaire ou mieux *fasciculaire*, car souvent ce n'est pas un, mais 2 ou 3 cordons parallèles ou intriqués que l'on sent au-dessous du réseau rougeâtre superficiel.

Toutefois, elle peut exister seule, déterminant un empâtement plus ou moins accentué, et, comme la précédente, une tuméfaction ganglionnaire.

3° *Lymphangite en placards, marginée; érysipèle*. — Cette variété a été pendant longtemps regardée, en tant que spécifique et contagieuse, comme distincte de la précédente, laquelle était d'ordre inflammatoire simple et non infectieuse, — nous dirions aujourd'hui *non infectante*. Or voilà bientôt 2 ans que les recherches bactériologiques de M. Clado, au laboratoire du professeur Verneuil, ont établi que la bactérie des abcès lymphangitiques est identique à celle de l'érysipèle et que sa culture inoculée à l'oreille du lapin amène les mêmes résultats que l'érysipèle (*Comptes rendus des séances de l'Acad. des sciences*, avril 1889). Cet agent pathogène, le « microbe de l'érysipèle », avait été vu en France par Nepveu en 1868, en Allemagne par Hueter en 1869, isolé, cultivé et inoculé en 1881 par Fehleisen.

D'après un certain nombre de travaux, le *streptococcus erysipelas* serait différent du *streptococcus pyogenes* par plusieurs caractères dont l'un serait, pour le 1^{er}, la forme en feuilles de fougères que revêtent ses cultures en stries sur gélatine. Que le *streptococcus erysipelas* soit différent du *streptococcus pyogenes*, ou bien qu'il n'en constitue qu'une simple variété, il n'en reste pas moins acquis que, au point de vue clinique,

la mutation de la lymphangite en érysipèle ou en collection de pus limitée est chose possible ; aussi ceux-là étaient-ils empiriquement dans le vrai qui, il y a 20 ans et plus, éloignaient des salles de femmes en couches toutes les lymphangites, qu'elles eussent ou non un rebord marginé.

4° *Lymphite noueuse ou tronculo-noueuse (lymphite valvulaire de Bazin)* ; 5° *Lymphangite ampullaire*. — C'est sous le titre de *lymphite valvulaire* que Bazin a fait, en 1870, mouler et déposer au musée de Saint-Louis le premier exemple que l'on doive vraisemblablement rapporter à la lymphangite tuberculeuse. L'inventaire du musée en 1889 lui a du reste, avec raison, ajouté l'étiquette de *tuberculose cutanée*.

Il s'agit là d'une *lymphangite tronculaire noueuse* avec production, le long du vaisseau, de tubérosités gommeuses que Bazin localisait *a priori* au niveau des valvules, ce qui peut être vrai le plus souvent, mais non forcément.

C'est à M. Merklen que revient l'honneur d'avoir, en 1885, publié et fait mouler le premier cas de ce genre dont la nature ait été reconnue, sous le nom de *Tuberculose cutanée ; lymphangite tuberculo-gommeuse* (Musée de Saint-Louis, *Collect. génér.*, n° 1065, 1065 bis et 1070).

Dès lors, la lymphangite tuberculeuse était reconnue et avait droit de cité dans le cadre nosologique. Il le semblait du moins.

Or, deux ans après, le 8 juillet 1887, je présentais à la *Société médicale des hôpitaux* le second moulage qui ait été fait ici avec l'étiquette de *Lymphangite tuberculeuse*.

Ce moulage (n° 1224 et 1225) provenait d'un malade soigné dans le service de M. Fournier, qui avait bien voulu m'en laisser publier l'observation sous le nom de *Lupus de la main ; lymphangite gommeuse de l'avant-bras et du bras, de nature scrofulo-tuberculeuse*.

Les membres présents à la Société médicale des hôpitaux se refusèrent à reconnaître l'existence d'aucune lymphangite dans ces rangées verticales de tuméfactions gommeuses remontant du placard tuberculeux aux ganglions axillaires. On contesta même le diagnostic de tuberculose cutanée, l'autopsie des cobayes inoculés n'ayant pas encore été faite. Ceux-ci furent plus tard sacrifiés et trouvés atteints de tuberculose bacillaire.

Les moulages dont je parle n'avaient été de la part des médecins de cet hôpital l'objet d'aucune discussion, le diagnostic leur semblant évident ; quelques mois après, M. Hallopeau faisait mouler un troisième cas du même ordre sous le n° 1251 avec le diagnostic *Tuberculose cutanée de la main et de l'avant-bras ; lymphangite : gommées ulcérées*. L'observation n'en fut même pas publiée dans les *Annales de Dermatologie* : la question était tranchée.

Enfin, en juillet dernier, M. Hallopeau, par une très intéressante com-

munication avec présentation de pièces, a établi l'existence d'un nouveau type clinique de lymphangite tuberculeuse, à savoir : la variété angiectasique, à début variqueux et peu inflammatoire, au moins en apparence.

Pourquoi donc la qualification de lymphangite a-t-elle pu être contestée au cas que j'avais présenté au nom de M. Fournier et au mien, dont l'observation et le moulage suivaient immédiatement ceux de M. Merklen, et dont la justification éclatante était, en juillet et septembre 1887, fournie par le résultat des inoculations que M. Darier et moi avions faites aux cobayes du contenu des gommages lymphangitiques. Nous avons cru en trouver la raison.

Le malade de M. Merklen présentait le long du bras des *cordons noueux* sur le trajet desquels s'étaient développées les gommages, à l'instar du cas précité de Bazin, à l'exemple également du récent malade de M. Hallopeau, porteur de lymphangiectasies gommeuses. Au contraire, chez le sujet dont j'avais, au nom de M. Fournier, apporté l'observation à la Société médicale des hôpitaux, *le doigt ne pouvait suivre sous la peau le trajet d'aucun tronc lymphatique*; voici en effet ce que je relève dans l'observation :

« Du poignet à la région deltoïdienne, la face antérieure du membre est occupée par une série de nodosités; les unes émergent à peine de la nappe d'infiltration rougeâtre qui se confond avec les lésions précédentes; les autres, plus haut, sont des nodules pisiformes, enchâssés dans le derme; sur eux la peau est tantôt normale, tantôt adhérente et rougeâtre, tantôt surélevée et ulcérée en forme de furoncle, et tantôt offre absolument l'aspect de syphilides tuberculo ou pustulo-croûteuses. Plus on monte vers le deltoïde, plus ces tumeurs deviennent grosses et fluctuantes. Remarquer qu'elles sont rangées en séries verticales, et particulièrement en trois séries verticales, formant de véritables cordons *interrompus*. C'est donc là une vraie « lymphangite gommeuse ». Celle-ci aboutit à des ganglions axillaires volumineux et douloureux. La plus forte des gommages ci-dessus décrites, grosse comme une mandarine, siège vers le milieu du bord interne du cubitus, sous la peau, qui est saine et non adhérente. »

Ces caractères cliniques m'avaient suffi pour affirmer dès l'abord l'existence d'une lymphangite, malgré l'absence de tout réseau rouge superficiel et de toute induration tronculaire continue, donnée négative qui faisait récuser mon diagnostic par mes savants contradicteurs.

C'est précisément l'existence de cette angioleucite avec perméabilité et intégrité apparente des troncs lymphatiques sur laquelle je désire appeler l'attention de la Société, car si elle a été observée et même diagnostiquée, il est certain qu'elle n'a point encore d'état civil nosologique.

Tout d'abord, les vaisseaux lymphatiques, bien qu'enflammés, saillants,

rouges et présentant sur leur parcours un ou plusieurs abcès, peuvent rester relativement perméables : nous en trouvons la preuve dans une observation de MM. Verneuil et Clado, publiée dans la thèse de M. Gars (Paris, 1889), et dans laquelle est relaté le fait suivant :

Le malade présentait trois abcès le long d'un lymphatique enflammé : en recueillant du pus avec une pipette dans chaque abcès, pour faire des cultures, on s'aperçut qu'une injection d'éther iodoformé, faite dans l'un d'entre eux, avait pénétré les deux autres, comme le prouva la ponction, faite avec l'aiguille de Pravaz, du dernier abcès, situé dans l'aisselle.

Mais il y a plus ; j'ai dit que le tronc lymphatique pouvait être sain d'apparence malgré la formation de nodosités infectieuses sur son parcours, et j'en ai donné comme exemple le moulage de mon malade atteint d'angioleucite tuberculo-gommeuse. Eh bien, en poussant plus loin l'analyse, on est arrivé à se demander si l'intégrité apparente du tronc lymphatique ne pourrait pas être réelle dans certains des cas où il est donné d'observer cette variété de lymphangite en tubérosités étagées et que je désignerai du nom de *lymphangite ampullaire*. Si, en effet, on se reporte à ce qui se passe parfois pour le chancre simple, on trouve des exemples étayant cette hypothèse, à preuve ces 2 observations dont voici le résumé :

Obs. I. — Du 15^e au 20^e jour, une lymphite devint apparente sur le côté droit de la verge, près de la racine de laquelle, *sur le trajet du vaisseau*, se forma une petite tumeur qui, suivant une marche aiguë, devint bientôt fluctuante et s'ouvrit spontanément.....

Obs. II. — Presque en même temps, les glandes inguinales du côté droit devinrent très sensibles et se tuméfièrent.

Enfin (c'est-à-dire ensuite), *sur le trajet d'un lymphatique* au côté droit de la verge, il se forma deux tumeurs qui s'accrurent avec rapidité, en présentant tous les caractères des abcès très aigus.

Ricord, qui avait à un si haut degré le génie de l'observation, n'hésite pas à qualifier de lymphangites les 2 exemples qui précèdent, où, sur le trajet d'un lymphatique, se formèrent 2 abcès qui devinrent chancreux. Il ne mentionne pas en propres termes l'absence de lymphite tronculaire, mais c'est un fait qui ressort de l'examen de la planche IX de son *Iconographie*, comme aussi des cas similaires que j'ai eu 2 ou 3 fois la chance d'observer dans le service de mon maître M. Fournier, lequel, en présence de faits semblables, n'a jamais hésité à prononcer le nom de lymphangite.

Or, n'est-il pas vraisemblable, d'après ce que nous savons de la biologie du virus chancrelleux, que si ce virus s'attaquait à toute la longueur du tronc lymphatique, au lieu de déterminer sur certains points des ampoules suppurées, nous aurions alors, non plus des cavernes chancreuses sur le trajet du vaisseau, mais une rigole chancreuse *in-*

terrompue allant du chancre simple à la première étape ganglionnaire?

Devant l'impossibilité d'interpréter autrement des faits de ce genre, je crois qu'il est nécessaire d'admettre l'existence d'une *lymphangite ampullaire*, avec intégrité au moins apparente, en tout cas avec perméabilité persistante du tronc lymphatique conducteur. Selon la nature de l'agent infectant, les ampoules suppureront comme dans l'inoculation streptococcique, deviendront chancreuses, comme dans la chancrelle, ou formeront des tumeurs gommeuses, comme dans l'observation de M. Merklen, dans la mienne, et dans celles qui ont suivi.

Seulement, je ne crois pas, dans l'état actuel de la science, que l'on puisse affirmer que toutes les lymphangites tronculo-nouveuses, ou même ampullaires à tumeurs gommeuses, ressortissent à la tuberculose. Peut-être la morve, la lèpre, d'autres infections encore peuvent-elles reproduire ce même type clinique. En outre, il faudra toujours se défier des infections mixtes. M. le professeur Fournier en a publié, dans ses leçons sur le diagnostic du chancre, un bien remarquable exemple. Il s'agit d'un chancre induré, point de départ d'une lymphangite tronculaire indurée, mais sur le trajet de laquelle s'était développée une ampoule suppurée. On hésita, on pensa au chancre mou faussement induré, voire au chancre mixte ; mais bientôt l'ampoule creva et donna issue à du pus. Seulement, elle ne devint pas chancrelleuse et se cicatrisa rapidement. Il s'agissait simplement d'un syphilome primaire avec lymphangite indurée, doublée d'une inoculation pyogène. Celle-ci ayant abouti, les accidents syphilitiques suivirent ensuite leur évolution normale.

Nous savons aujourd'hui qu'on trouve des ganglions tuberculeux alors que la porte d'entrée du bacille sur les téguments internes ou externes est cicatrisée ou invisible. Il nous est aisé de concevoir qu'un microbe puisse, après effraction de nos tissus, parcourir une certaine portion du couloir vasculaire sans y stationner, puis qu'il s'y arrête en un point, en dégrade la paroi et y détermine un anévrysme sacciforme qui est l'ampoule lymphangitique. Et cela est surtout compréhensible pour des agents pathogènes à virulence lente, comme celui de la tuberculose. Si nous insistons sur ce processus d'angioleucite parcellaire, segmentaire, c'est qu'il y a un intérêt majeur à en connaître la nature et à la dépister. A dater en effet du moment où de semblables lésions rayonnent d'un placard cutané, jusque-là limité et isolé, c'est que l'invasion de l'économie par les colonies secondaires est commencée, et qu'il n'est plus pour les arrêter d'autre obstacle que celui présenté momentanément par le filtre ganglionnaire ; — d'où l'indication d'agir sans retard et avec énergie.

Ce fait de la perméabilité persistante des voies lymphatiques dans certaines lymphopathies ne comporte pas seulement un intérêt puissant au point de vue diagnostique et pronostique. Cette perméabilité, même relative, — que je crois avoir suffisamment établie à vos yeux, — des lymphatiques altérés, nous allons la voir utilisée dans un but thérapeutique.

Elle n'avait pas échappé, nous le savons, dans un cas d'angioleucite streptococcique, à MM. Verneuil et Clado. Un autre éminent chirurgien, M. Félizet, avait fait, lui aussi, une remarque curieuse. Ayant fait plusieurs fois dans des ganglions hypertrophiés du cou, pour en obtenir la résolution, des injections interstitielles de teinture d'iode, il avait été frappé de ce fait que chaque fois la douleur se montrait, du moins à son maximum, non au niveau du ganglion injecté, mais à un point situé plus bas et plus profondément à la racine du cou. L'effet curatif visé n'en était pas moins obtenu. M. Félizet avait inféré de là que l'iode avait dû pénétrer beaucoup plus loin dans la chaîne ganglionnaire, et que le point douloureux correspondait sans doute à un ganglion en aval qui avait réagi plus que ceux qui le précédaient.

De là à mettre à profit cet enseignement clinique pour en tirer une déduction thérapeutique, il n'y avait qu'un pas à franchir, qu'un essai à tenter. C'est ce que fit M. Félizet.

Dans son service de chirurgie d'enfants de l'hôpital Tenon, il a soulevé affaire à la tuberculose osseuse et ganglionnaire, en particulier, à l'adénopathie bronchique : c'est contre cette dernière affection qu'il dirigea ses efforts, à l'aide des notions précédemment acquises. Mais nous aimons mieux citer directement l'observation qu'il a bien voulu nous communiquer.

Pierre M..., né à Rocroy, 9 ans et demi.

Père et mère bien portants. Enfant scrofuleux, mais bonne santé antérieure. En 1880, apparition des ganglions de la partie gauche du cou : gros ganglions du volume de 2 marrons derrière l'angle de la mâchoire à gauche. Troubles de la respiration, cornage, accès de suffocation, transpirations la nuit.

En janvier 1889, troubles de la déglutition, se produisant très bas : l'enfant régurgite après deux ou trois gorgées. Il est vu par M. Bergeron, qui constate une ligne de matité à droite et à gauche de la colonne vertébrale en arrière; murmure respiratoire presque nul à gauche, affaibli à droite. La suffocation survient quand l'enfant se redresse. L'enfant ne dort bien que dans la position horizontale.

Il est ensuite examiné par M. Poyet qui constate une paralysie de la corde vocale gauche, accident qu'il attribue à une compression du récurrent, sans préjudice de l'adénopathie notée par M. Bergeron. Raucité de la voix.

5 Juillet 1887. — 1^{re} injection interstitielle de *trente* gouttes de teinture d'iode *dans le ganglion cervical le plus élevé*. *La nuit suivante est très mauvaise : accès de suffocation coup sur coup*. Le cou est très douloureux. Le lendemain (6 juillet) les ganglions *sus-claviculaires* sont gros et extrêmement sensibles.

Le 7, la nuit a été excellente : nouvelle injection de *trente* gouttes *dans le même ganglion*. Il est dur et peu douloureux.

A partir de la 3^{me} injection, qui eut lieu le 9 juillet, la voix cessa d'être rauque, il n'y eut plus de crises respiratoires. M. Moizard remarqua que la matité avait presque disparu à gauche; l'enfant déglutit sans difficulté.

M. Bergeron revit l'enfant après la 5^{me} injection ; il trouva la respiration considérablement améliorée. Le 2 août, jour du départ aux bains de mer, le ganglion cervical supérieur est diminué de moitié et très dur.

Un an après (15 août 1890), nous revoyons l'enfant ; la voix n'est plus rauque, il n'a plus ni ganglions cervicaux, ni dyspnée.

Ce qui est à noter dans ces faits, c'est :

1° Le gonflement et l'endolorissement des ganglions en aval le jour même de l'injection.

2° L'aggravation des crises dyspnéiques, correspondant aux injections, et vraisemblablement en rapport avec une tuméfaction des ganglions bronchiques.

Une autre enfant, Ernestine B..., 14 ans, présentant une adénite cervicale gauche, fut également traitée suivant le même procédé par notre maître M. Félizet. Pendant 2 mois elle subit tous les 6 jours une injection de teinture d'iode dans le ganglion cervical le plus élevé ; les ganglions en aval devinrent douloureux, le ganglion servant de citerne resta dur. Huit mois après, l'enfant était guérie.

Des faits que nous venons d'exposer, on peut, croyons-nous, tirer les conclusions suivantes :

1° Il existe une variété de lymphangite segmentaire constituée en clinique par une série de dilatations étagées sur le trajet des troncs lymphatiques, sans interposition obligée entre elles, d'un cordon dur, interrompu, appréciable. On peut lui donner le nom de LYMPHANGITE AMPULLAIRE.

2° Les voies lymphatiques peuvent être le siège d'altérations ou inflammations de divers ordres et de nature différente, et conserver cependant tout ou partie de leur perméabilité. Le fait a été observé par Ricord pour le chancre simple, par M. Fournier pour le chancre induré, par MM. Verneuil et Clado pour l'angioleucite à streptocoques, par nous-même pour l'angioleucite tuberculeuse, par M. Félizet pour les adénopathies tuberculo-caséuses.

3° Cette persistance possible, même relative, de la perméabilité des voies lymphatiques altérées, fait comprendre que l'infection de l'économie puisse continuer au moyen du transport des matières virulentes par les vaisseaux lymphatiques déjà malades.

4° Elle peut être utilisée dans un but thérapeutique, pour la diffusion d'un agent curateur dans ces mêmes voies lymphatiques altérées, ainsi qu'elle l'a été depuis 1887 par M. Félizet pour le traitement de l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse.

DOCUMENTS SUR LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE,

Par M. L. JULLIEN.

La statistique que j'ai l'honneur de vous présenter, comprend l'observation de 43 ménages syphilitiques, ménages vrais ou faux, de la classe la plus humble, fréquentant la consultation de l'hôpital Trousseau, alors que j'en avais été chargé par le professeur Lannelongue. Je recueillis les renseignements qui vont suivre à propos de la présentation d'un enfant syphilitique ; je ne présente donc nullement l'ensemble des résultats à attendre d'une union où la syphilis est entrée, mais seulement ceux dans lesquels l'hérédité de la diathèse a joué un rôle, si restreint qu'il ait été, puisque c'est à cette seule occasion que j'ai pu connaître ces faits. J'ajoute que les renseignements que je tiens pour la plupart de la mère, plus rarement du père, n'offrent pas une exactitude scientifique absolue ; je crois cependant qu'ils sont vrais dans leur ensemble.

Ma statistique comprend 206 grossesses, ou mieux 206 fœtus, car il y a dans le nombre quelques grossesses gémellaires.

L'évolution de ces 206 fœtus a été interrompue trente-six fois avant terme, soit dans un cinquième des cas. Huit enfants sont morts à la naissance ; 162 ont vécu plus ou moins longtemps ; mais 69 sont morts en bas âge, si bien que nous nous trouvons immédiatement en présence de ces chiffres effrayants : 111 *morts* sur 93 *vivants*.

Le tableau suivant donne le résumé de ces résultats que nous allons maintenant examiner avec quelque détail :

Avortements.	Pas de date mentionnée.....	7	} 36	} 113
	Un mois.....	1		
	2 mois.....	5		
	3 —	4		
	4 —	4		
	5 —	1		
	6 —	3		
	7 —	5		
	8 —	6		
Mort-nés.....	8	} 69	} 93	
Morts depuis la naissance en bas âge.....	69			
Syphilitiques vivants.....	50			
Vivants, en bonne santé.....	43			

Avortements. — Ils sont relativement peu nombreux, mais on voudra bien se rappeler que les femmes, et elles ne sont que trop fréquentes, qui, de par la syphilis, ont toujours vu leurs grossesses interrompues avant terme, échappent complètement à ma statistique, laquelle ne comprend à la vérité, et c'est terrible à dire, que les cas relativement bénins. L'accident se montre surtout au commencement ou vers la fin de la gros-

Nos d'ordre	N° du registre	RENSEIGNEMENTS	1 ^{er} ENFANT	2 ^e ENFANT	3 ^e ENFANT	4 ^e ENFANT	5 ^e ENFANT	6 ^e ENFANT
1	462	Père et mère syph.	Avort. 8 m.	1 an syph. circ.				
2	912	Mère tertiaire, nez affaissé.	Croup.	Méningite.	Héréd. syph. 11 ans.	Sain 8 ans.	Mort convuls. 5 ans.	Malade 3 ans.
3	1254	Mère tert. nez affaissé, 46 ans.	Méningite.	(Id.)	(Id.)	(Id.)	(Id.)	(Id.)
4	1346	Père et mère syph. après le 1 ^{er} enfant.	Avort. 2 mois.	3 ans après héréd. syph. mort à 2 m.	Héréd. syph. 5 mois.			
5	1549	Père syph.	Sain.	Héréd. syph. vivant.	5 ans 3 mois.			
6	1568	Mère bonne santé, 24 ans.	Mort à 15 m.	Héréd. syph. 8 mois.				
7	1708		10 ans vivant.	Méning. 1 an.	Héréd. syph. tert. grave. Vivant.	Sain.	Mort de rougeole.	
8	1739	Père et mère nient antécéd.	Avort. 6 m.	Héréd. syph. vivant.				
9	1891	Mère bien portante.	Avort. 3 m.	Sain 21 mois.	Héréd. syph. éruption.			
10	1925	Père syph. Mère (?)	Héréd. syph.					
11	2141	Syph. récente de mère et père.	Héréd. syph. 3 m.					
12	2313	Père syph. entre les 2 ^e et 3 ^e enfants.	Mort 5 semaines.	Mort 2 ans épuisement.	Héréd. syph. 8 ans.	Mort croup.		
13	2523	Tous antécédents niés.	A terme mort.	A terme mort 1 heure après.	Mort 6 sem. érysipèle.	Avort. 7 m.	Mort 6 sem.	Avort. 8 m.
14	2722	Père syph. avéré. Mère (?)	Héréd. syph. 7 ans.	Avort. 8 m.	Avort. 4 m.	Sain 22 mois.	Mort 3 sem.	
15	2736	Rien d'avoué.	Avort. 7 m.	Sain 7 ans.	Avort. 3 m.	Mort 4 m. convuls.	Sain 3 ans.	7 m. hér. syph.
16	2779	Père et mère nient.	Mort 21 m. convuls.	Méningite. 17 mois.	Mort convuls. 6 mois.	Mort convuls. 3 mois.	Sain 10 ans.	Sain 7 ans.
17	2795	Mère syph.	Né à 7 m. héréd. syph.					
18	2864	Antécédents niés.	2 jum. nées 7 m. 1 mort. 1 hér. syph.					
19	3238	Syphilis maternelle contr. par nourrisson après 2 ^e enfant.	17 ans. Sain.	Mort-né.	Mort 9 ans. fièvre typh.	Héréd. syph. 13 ans.	5 ans.	
20	3729	Antécédents (?)	Avort. 3 m. 1/2.	Héréd. syph. 14 mois.				
21	3741	Mère syph. 14 ans avant mariage.	Héréd. syph. tardif. 13 ans.					
22	3800	Père du 2 ^e enfant syph.	Sain. 4 ans.	Héréd. syph. 5 mois.				
23	3930	Le 2 ^e , père probablement syph.	Sain. 16 ans.	Héréd. syph. 6 mois.				
24	3932	Père et mère syph.	Avort. 6 mois.	Mort-né.	Mort croup. 4 mois.	20 ans. malade.	Avort. 4 mois.	Avort.
25	4038	(?)	Mort 3 sem.	Viv. 33 ans.	Mort 6 mois.	Viv. 31 ans.	Mort 7 mois.	Viv. 24 ans.
26	4160	Père syph.	Avort. 3 mois.	Avort. 6 mois.	Avort. 5 mois.	Avort. 8 mois.	Mort 1 an. convuls.	Héréd. syph. 11 ans.
27	4257	Infect. par nourrisson après 3 ^e enfant.	Sain. 17 ans.	Sain. 15 ans.	Sain.	Mort 15 mois convul.	Mort 15 m. angine.	Mort 2 ans.
28	4372	Tout antécédent nié.	Avort. 6 mois.	Avort. 7 mois.	Avort. 8 mois.	Mort 14 mois convul.	Sain. 19 ans.	Sain. 16 ans.
29	4475	Idem.	Héréd. syph. 33 ans.	F. 21 ans bossue.	Mort 3 mois.	Sain. 18 ans.	Héréd. syph. 15 ans.	Sain. 10 ans.
30	4497	(?) (?)	Mort 9 mois.	Héréd. syph. 9 mois.				
31	4529	Syph. après 6 ^e enfant.	Vivant.	Vivant.	Vivant.	Vivant.	Vivant.	Vivant.
32	4543	(?) (?)	Mort 3 mois.	Héréd. syph. 4 ans.	Vivant.	Vivant.	Vivant.	
33	4569	(?) (?)	Mort 20 m. angine.	Mort 5 m. angine.	Sain. 25 ans.	Mort 4 ans. Pneumonie.	Mort 4 h. apr. naissance.	Avort. 3 m. 1/2.
34	4588	Syphilis mat. après le 3 ^e enf.	Avort. 7 m.	Avort. 8 m.	Viv. 6 ans.	Avort. 3 m.	Viv. 3 ans 1/2.	Héréd. syph. 2 ans.
35	4613	Père certainement syph.	Mort 6 sem.	Mort 19 j.	Viv. 11 ans.	Héréd. syph. 9 ans.	Viv. 6 ans.	Avort. 3 m.
36	4728	Père malade.	Héréd. syph. 9 ans.	Héréd. syph. 7 ans.				
37	4815	(?) (?)	Héréd. syph.	Vivant.	Vivant.	Vivant.		
38	5167	(?) (?)	Sain 4 ans.	Avort. 6 sem.	Héréd. syph. 1 an.			
39	5426	(?) (?)	Sain 5 ans.	Avort.	Héréd. syph. 3 ans.			
40	5486	Mère avoue syph.	Avort. 6 m.	Héréd. syph. 11 ans 1/2.	Sain. 9 ans.	Avort. 2 m.	Viv. 3 ans.	Sain. 4 ans.
41	5664	Syph. après 3 ^e enfant.	Viv. 25 ans.	Viv. 20 ans.	2 jum. mortes Rougeole à 2 et 4 ans.	Avort.	Avort.	Héréd. syph. 14 ans.
42	5850	(?) (?)	Mort-né.	Héréd. syph. 12 ans.				
43	5851	Père et mère syph.	Avort. 7 m.	Mort-né.				

1 ^{er} ENFANT	8 ^e ENFANT	9 ^e ENFANT	10 ^e ENFANT	11 ^e ENFANT	12 ^e ENFANT	13 ^e ENFANT	14 ^e ENFANT	15 ^e ENFANT ET SUIVANTS
Sain. (Id.)	(Id.)	(Id.)	(Id.)	(Id.)	(Id.)			20 enf. 3 viv.
Int. 6 sem.	Héréd. syph. grave.							
(Id.)	(Id.)	(Id.)	(Id.)	2 $\frac{1}{2}$ héréd. syph. Mort.	(Id.)			15 enf. 2 viv.
Int. 22 ans.	Mort.	Mort.	Mort.		Mort.		Avort 2 mois.	Héréd. syph. 9 ans.
Sain.								
Int. syph. 8 ans $\frac{1}{2}$.	Viv. 3 ans.	Viv. 20 mois.						
Int. syph. 14 ans.	Sain. 12 ans.	7 ans. suspect.						
Avort.	Héréd. syph. 4 ans.							
Int. 18 ans. malade.	Mort 14 m. fièvre.	Mort 23 m. tuberc.	Mort 3 jours.	Mort 18 m. angine.	Mort 3 ans angine.	Mort 9 m. méning.	10 ans syph.	
Int. syph. 13 m.								

sesse. Je compte en effet 6 cas dans les deux premiers mois, 8 dans les troisième et quatrième, 4 seulement dans les cinquième et sixième, 11 dans les septième et huitième. Dans bon nombre de mes observations, on peut noter la progression classique bien connue : avortement hâtif, fausse couche tardive, mort-né, enfant à terme mais syphilitique, enfin sujet vivant bien conformé et sain. Mais — est-ce la mauvaise hygiène de mes clients, ouvriers, exposés à toutes les fatigues, à toutes les privations ? est-ce l'abandon ou l'irrégularité, ou l'absence complète de traitement qu'il faut incriminer chez beaucoup ? — j'ai vu la naissance d'un enfant à terme suivie de nouvelles fausses couches, un aîné indemne ne point présager forcément bonne santé pour ses cadets. Tel est le cas mis en relief dans mon observation XIII et qui se résume ainsi : Premier, mort-né ; deuxième, mort-né ; troisième, mort à six semaines ; quatrième, avortement à sept mois ; cinquième, mort à six semaines ; sixième, avortement à huit mois et demi ; septième, mort à six semaines ; huitième, syphilitique, gravement atteint. — Tel est aussi le cas de l'observation XV : Premier, avortement à sept mois ; deuxième, enfant vivant bien portant ; troisième, avortement à trois mois ; quatrième, mort à quatre mois ; cinquième, enfant bien portant ; sixième, hérédosyphilitique. Comme on le voit, il s'établit souvent une sorte d'alternance susceptible de se prolonger plus ou moins longtemps ; ou bien, comme dans mon observation XXIV, c'est une série d'avortements se reproduisant, presque toujours les mêmes, à la même période de la grossesse et tuant 13 enfants sur 15 dans un ménage. Il est vrai que j'ai pu constater que dans cette union le père et la mère étaient syphilitiques : Résultats : 15 grossesses ; 2 enfants, un franchement syphilitique âgé de deux ans et demi, l'autre âgé de vingt ans et noté comme maladif. Inutile d'ajouter que nous trouvons parmi nos malades la contre-partie et la preuve de l'origine syphilitique de ces avortements, c'est-à-dire les observations de femmes contagionnées accidentellement, soit par un nourrisage, soit par le fait d'un second mariage, et qui, ayant pu donner le jour à de beaux enfants dans une première période, n'ont plus connu par la suite que fausses couches, mort-nés ou naissances d'êtres gravement atteints par le virus.

Mortalité des enfants de syphilitiques. — Un fait que mes observations mettent particulièrement en relief, c'est l'effroyable mortalité des fils de syphilitiques. Ce n'est certes point une nouveauté, cette particularité est bien connue ; il en a été question dans une de nos précédentes séances de la Société de Dermatologie au cours d'une fort intéressante présentation de M. Raymond, et M. le professeur Fournier a bien souvent insisté sur ce point ; aussi bien ne présente-je ici qu'une confirmation de ces vues, mais une confirmation vraiment éclatante. En effet, sur 162 enfants venus à terme vivants, je compte 69 morts et 93 survivants. Encore dois-je noter que beaucoup de mes petits malades étaient encore en fort bas âge quand je les observai, et qu'à l'heure qu'il est, j'en suis

onvaincu, bon nombre des prétendus survivants sont venus grossir la colonne des morts. Comment meurent ces enfants, c'est ce que j'ai essayé de déterminer de mon mieux, d'après les renseignements des parents ; car je n'en ai, pour mon compte, vu mourir qu'un très petit nombre.

Voici d'abord le cas d'une femme (Obs. III) qui vient à la consultation avec un enfant hérédo-syphilitique gravement affecté. Elle porte tous les stigmates de la syphilis, le nez affaissé, la gorge tertiaire, des cicatrices en toutes parts. Cette femme a été mariée deux fois et a eu 20 grossesses ; mais, bien qu'aucune ne se soit terminée prématurément, il ne lui reste aujourd'hui que trois survivants ; 20 enfants, 3 vivants, 17 cadavres. On ne sait s'il faut plus admirer la persévérance de cette courageuse mère ou la ténacité du virus. Ces 17 morts, à l'en croire, incombent toutes à la méningite ; mais il est vrai, ajoute-t-elle, que tous ces enfants sont morts couverts de boutons. Voici une autre femme qui compte 1 mort, 1 avortement, 5 enfants vivants (observation XXV), une autre qui énumère 10 morts, 1 avortement, 5 vivants. Les causes de morts ont ainsi notées :

Méningite.....	21	} 69
Convulsions.....	8	
Maladies de la gorge, croup.....	12	
Diarrhée, athrepsie.....	5	
Pneumonie.....	2	
Fièvre typhoïde, rougeole.....	3	
Érysipèle.....	1	
Tuberculose pulmonaire.....	1	
Syphilis.....	1	}
Cause indéterminée.....	15	

Il est bien certain que la méningite couvre, ainsi que les convulsions, sur les parents et même aussi pour nombre de médecins, une notable quantité de diagnostics équivoques. On ne sera pas moins frappé de voir que ces graves accidents emportent près de la moitié des fils de syphilitiques. Une autre cause de mort qui, par ordre numérique, vient immédiatement après, c'est toute la série des angines représentant, dans la immense majorité des cas, les manifestations de la diphtérie, le croup, fréquent d'ailleurs à Paris. C'est un point qu'avait bien indiqué P. Raymond. Bien qu'ayant été recueillis dans un milieu et dans des conditions spéciales, je suis heureux de constater à quel point mes documents donnent la preuve de l'assertion qu'il avait émise incidemment sur la communication à laquelle j'ai fait allusion précédemment.

Les autres causes de mort mentionnées ici n'offrent aucune particularité digne d'être relevée, car elles ne semblent pas se présenter en une grande proportion que dans les tables ordinaires de la mortalité infantile.

J'ai passé en revue les deux premières parties de ma statistique, concernant les avortements et les morts. Resterait à vous présenter

le tableau des survivants. Mais ces derniers sont trop bien connus dans leurs manifestations et l'avenir si précaire qui leur est réservé pour que j'entre en de longs développements à leur égard ; je n'en retiendrai que quelques points spéciaux qui feront l'objet de communications ultérieures.

HÉRÉDITÉ SYPHILITIQUE. — OBSERVATIONS D'ÉVOLUTION NORMALE,

Par M. FERRAS.

A la réunion du 5 février, notre collègue, M. le Dr P. Raymond a présenté une observation fort intéressante d'évolution anormale dans l'hérédité syphilitique.

MM. Fournier et Besnier, qui avaient observé des faits de ce genre, ont insisté, en outre, sur le manque de résistance chez de nombreux enfants, nés de parents syphilitiques, mais épargnés en apparence par la syphilis ; et, à propos de cette communication, ils ont signalé l'utilité de publier encore des observations analogues, afin que l'attention de tous fût éveillée sur ce point que l'hérédité dans la syphilis ne suit pas un mode invariablement décroissant à mesure qu'on s'éloigne des premiers accidents. En effet, après avoir eu des enfants sains, les parents, anciens syphilitiques incomplètement traités, ne sont pas à l'abri d'accidents prochains ou éloignés, et, si la syphilis ne se manifeste pas chez eux par des accidents, elle peut faire un retour offensif sur la personne des enfants, atteignant ceux-ci — avant ou après la naissance — quand un ou plusieurs avortements consécutifs n'ont déjà pas trahi l'énergie de l'infection, paternelle assez souvent, maternelle presque toujours.

Voici quelques-uns des faits d'évolution anormale que nous avons observés :

I. — 1876. Homme, 34 ans ; syphilis, 1861 ; mariage, 1868, sept ans après : premier enfant, sain ; deuxième enfant syphilitique. — Traitement régulier du père et de la mère, six mois : troisième enfant, sain ; quatrième enfant, sain.

II. — 1877. Homme, 37 ans ; syphilis, 1865, longtemps traité par Ricord, mariage, 1873, huit ans après : 1874, premier enfant sain ; 1875, deuxième enfant, sain ; 1876, onze ans après le début de la syphilis, troisième enfant, syphilitique ; guéri des accidents par le traitement dirigé par MM. les docteurs Thorel et Jules Simon.

III. — 1884. Homme, 38 ans ; syphilis, 1867. Mariage, 1871, quatre ans après : premier enfant, vivant ; deuxième enfant, vivant ; 1875, troisième enfant mort d'une méningite (?) ; quatrième enfant, mort-né ; cinquième enfant, vivant. Cet homme a eu, en 1873, une poussée syphilitique à l'amygdale gauche et au voile du palais. Grandes cicatrices visibles en 1884.

A propos de cette dernière observation, où le troisième enfant est mort d'une méningite, je citerai un autre fait que j'ai noté en 1877 :

IV. — Femme, 25 ans. Mariage en 1873, huit ans après la syphilis du

mari, âgé de 35 ans. Syphilis évidente de la femme, de suite après le mariage : exemple assez rare de contagion directe tardive ; 1874, première grossesse : fausse couche, troisième mois ; 1875, deuxième grossesse : enfant à terme vivant ; 1876, cet enfant meurt de méningite de nature douteuse.

Devant ces faits de méningite chez des enfants issus de parents syphilitiques, alors que l'hérédité tuberculeuse ne peut être invoquée et vu les faits nombreux de méningo-encéphalite chronique, de nature syphilitique, chez les adultes, n'est-on pas en droit de croire qu'il s'agit, dans ces cas, de méningite aiguë syphilitique ? — A l'anatomie pathologique, d'infirmier ou plutôt de confirmer ces vues cliniques.

Après une série nombreuse d'enfants syphilitiques, la naissance d'un enfant sain, en apparence, n'implique nullement que l'énergie de l'agent syphilitique est éteinte. Voici une observation à l'appui de ce fait :

V. — 1882. Femme, 54 ans. 1845, à 17 ans, syphilis de son mari, mort depuis aliéné (?) à la maison de santé Foville-Delaye (Toulouse) : première grossesse, fausse couche au troisième mois ; deuxième grossesse, enfant mort-né ; troisième grossesse, fille morte en naissant ; quatrième grossesse, garçon, syphilis, mort deux mois après ; 1863, cinquième grossesse, fille, âgée de 19 ans, très délicate ; 1878, ménopause ; 1880, poussée tuberculo-squameuse, face ; 1881, généralisation de la poussée, sauf à la région dorsale, anémie grave, amaigrissement malgré un appétit dévorant. Poids, 48 kil. 210 gr., énermée, agitée ; insomnie, douleurs généralisées.

J'ajouterai deux observations de syphilis héréditaire anormale par l'époque des manifestations.

VI. — 1886. Garçon de 10 ans, parents syphilitiques. Jusqu'à l'âge de 5 ans, bonne santé, développement normal ; à 5 ans, arrêt, de sorte qu'en 1886, à l'âge de 10 ans, il présente la taille et les forces d'un enfant âgé au plus de 6 ans ; intelligence assez vive : il vient de remporter quatre prix à l'école primaire ; nanisme dentaire ; pas une dent de la première dentition n'a été changée.

VII. — 1879. Jeune fille, 15 ans ; accompagnée par son père, ancien syphilitique ; première enfance très délicate ; maladies nombreuses ; à 15 ans, grande, très anémiée ; rien de particulier aux yeux ni aux dents ; aucun attribut scrofuleux. Depuis quelque temps, gommès aux membres inférieurs ; outre des cicatrices récentes, deux ulcérations, à bords non décollés, en voie de réparation, à la jambe gauche. 13 juillet 1879, gomme du volume d'une grosse olive et en plein développement à la face antéro-interne du tiers inférieur de la cuisse gauche ; quatorze jours après, gomme abcédée, bords à pic, bourbillon ; bientôt ulcération cicatrisée sous l'action du traitement hydrargyrique, ioduré et sulfureux ; poussée gommeuse arrêtée, et quarante-deux jours après la menstruation s'établit ; état général bien meilleur.

En résumé, dans la question de l'hérédité de la syphilis active, à côté de la marche habituelle, plus connue, traduite ainsi :

- 1° Grossesses ne dépassant guère le troisième mois ;
- 2° Avortements du sixième au neuvième mois ;

- 3° Grossesses à terme, mort-nés ;
- 4° Enfants vivants de quelques heures à quelques jours ;
- 5° Enfants morts le premier ou le deuxième mois ;
- 6° Enfants mourant dans la première ou la deuxième année, parfois de méningite de nature peut-être spécifique ;
- 7° Enfants vivants, peu intelligents, parfois idiots, d'autres simplement délicats et lymphatiques.

Il faut consigner la suivante :

- 1° Enfants sains dans les premières grossesses ;
- 2° Enfants syphilitiques dans les grossesses consécutives, coïncidant avec des retours offensifs, visibles ou cachés chez les parents ;
- 3° Enfants sains après cet ou ces enfants syphilitiques ;
- 4° Enfants sains en apparence dans les premières années, subissant des arrêts de développement dans la première enfance ;
- 5° Accidents syphilitiques, nuls à la naissance, paraissant après la cinquième, la dixième, la vingtième année et au delà.

M. AUGAGNEUR. — MM. Jullien et Ferras ont eu surtout en vue dans leurs intéressantes communications les anomalies de l'hérédité syphilitique. Il y a lieu de distinguer dans les faits de ce genre des catégories bien distinctes que l'on peut classer de la façon suivante :

Dans une première catégorie, la syphilis de l'enfant ne se traduit que par des accidents tardifs : c'est là la syphilis héréditaire tardive, telle qu'on la connaît bien aujourd'hui, ce sont des faits devenus absolument classiques.

Une deuxième catégorie comprend les exemples de manifestations qui ne peuvent pas être considérées comme relevant de la syphilis et qui se rencontrent dans la descendance des syphilitiques, la méningite tuberculeuse, la diphthérie, etc. Sur ces faits, il n'est pas possible de se prononcer d'une façon absolue ; et si on les admet, il faut nécessairement admettre aussi que le virus syphilitique favorise le développement de certains autres virus, qu'il a vis-à-vis d'eux, suivant une expression empruntée au langage des laboratoires, une action favorisante.

Dans une troisième catégorie se placent les exceptions à la loi de décroissance telle que l'a formulée M. Diday. Ce sont les faits dans lesquels un enfant syphilitique vient au monde après un ou plusieurs autres enfants indemnes de syphilis. Ces exceptions ne sont pas très étonnantes si on songe à ce qui se passe pour d'autres maladies infectieuses dont le virus est bien étudié et surtout pour le charbon dont la transmission au fœtus est bien connue depuis les remarquables travaux de M. Straus. On sait, en effet, que les fœtus provenant de femelles atteintes de charbon ne sont pas tous absolument réfractaires à cette maladie ; un certain nombre d'entre eux renferment des bactéries charbonneuses que les cultures mettent en évidence. L'immunité paraît produite par le passage, à travers le filtre placentaire, d'une quantité peu considérable de virus charbonneux. Il semble en être de même pour les fièvres érup-

tives : les enfants mis au monde par des femmes atteintes de fièvres éruptives sont parfois atteints, eux aussi, de la maladie maternelle, dont le virus a dû traverser le filtre placentaire. On peut raisonner par analogie pour la syphilis et admettre que son virus, jusqu'ici inconnu, est capable ou non de passer à travers le placenta, et que sous certaines conditions, encore inconnues et dans lesquelles le traitement antisypilitique suivi avant ou pendant la grossesse joue peut-être un rôle, la migration trans-placentaire peut se faire à une grossesse alors qu'elle a fait défaut à une ou plusieurs grossesses précédentes.

M. FERRAS. — On a voulu établir, comme règle générale, au point de vue pratique, que lorsqu'un enfant sain naît de parents syphilitiques, les enfants suivants seront à l'abri de la syphilis. Mes observations, et c'est là la raison qui m'a engagé à les faire connaître, prouvent qu'on ne doit pas avoir cette quiétude absolue.

M. FEULARD. — Il serait important de savoir ce qui se passe dans les cas où l'hérédité paternelle existe seule, et dans les cas où il y a à la fois hérédité paternelle et hérédité maternelle.

M. AUGAGNEUR. — En pratique, dans l'immense majorité des cas, on n'a affaire qu'à l'hérédité maternelle ; l'hérédité paternelle n'existe guère à l'état isolé et il n'est pas nécessaire de s'en embarrasser dans la question déjà si difficile à résoudre de la transmission héréditaire de la syphilis.

M. BARTHÉLEMY. — Je désire répondre à deux points des communications précédentes. Notre collègue, M. Augagneur, n'a-t-il pas dit que l'immunité était toujours due au passage des microbes infectieux à travers le placenta du fœtus ? Or, ce n'est pas la seule cause ; aujourd'hui, bon nombre d'auteurs, M. Bouchard entre autres, qui a fait des recherches capitales sur la question, pensent qu'il faut tenir compte surtout du passage des produits solubles sécrétés par les microbes : c'est le cas qui se présente vraisemblablement pour la syphilis, surtout dans les cas de syphilis conceptionnelle. Je suis convaincu, pour ma part, que les faits où la syphilis est transmise par la conception, sont bien plus fréquents qu'on ne croit généralement. Si ces cas ont été jusqu'ici peu remarqués, c'est précisément parce que l'infection y existe à un degré si atténué qu'elle reste ordinairement latente. L'infection est pourtant réelle ; elle est prouvée par ce fait que les mères ne prennent pas la syphilis de leurs enfants couverts de lésions contagieuses pour d'autres personnes ; et d'autre part, par ce fait que, dans quelques cas exceptionnels, l'infection, latente au début, s'est ultérieurement décelée par un accident tertiaire caractéristique. Il faut d'ailleurs bien s'entendre sur les termes : je ne donne, pour ma part, le nom de syphilis conceptionnelle qu'à la syphilis prise par la mère que son fœtus a contaminée, et je réserve le nom de syphilis ovulaire ou fœtale ou congénitale, à l'infection que le germe, le fœtus ou l'enfant a reçue de son père. Eh bien, dans ces conditions, la syphilis conceptionnelle est loin d'être une rareté.

L'autre point qui m'a frappé dans les communications de MM. Jullien et Ferras, est relatif à la fréquence des méningites comme causes de la mort des enfants hérédosyphilitiques. Je me demande quelle est la nature de ces méningites ? Pour ma part, il n'est pas douteux que la syphilis en soit la cause principale et directe. J'ai rapporté quelques faits probants en 1884, au congrès de Copenhague, et, depuis ce temps, dans plusieurs publications (notamment dans *Syphilis et Santé publique*). J'en trouve une autre preuve dans la guérison obtenue par les médecins anglais notamment, des méningites, au moyen des frictions d'onguent mercuriel sur le cuir chevelu (calotte napolitaine) et des hautes doses (3 gr. pour un enfant) d'iodure de potassium. Toutefois, je dois dire que, à mon avis, l'hérédosyphilis n'agit pas seulement directement dans ces cas. Nombre d'enfants hérédosyphilitiques avérés succombent à la tuberculose vraie, soit pulmonaire, soit cérébrale. Notre collègue, M. Hutinel, m'en montrait encore récemment un exemple fort instructif pour quiconque ne veut pas être exclusif. Il s'agissait d'un enfant manifestement hérédosyphilitique atteint de méningite et de paralysie de la 6^e paire et d'autres phénomènes symptomatiques d'une lésion protubérantielle. Le traitement spécifique fut prescrit. Le malade guérit, mais six mois après, il était repris d'accidents analogues et succombait. A l'autopsie, on constata les lésions caractéristiques de la méningite tuberculeuse, l'absence de lésions syphilitiques et la présence dans la protubérance d'un gros tubercule typique.

Ce n'est pas là un cas isolé, et il faut tenir compte de la tuberculose dans la mortalité des hérédosyphilitiques. Du reste, dernièrement, je faisais le relevé de mes observations concernant les malades atteints de syphilis acquise que j'avais perdus depuis une dizaine d'années, et je voyais que, sur une quarantaine de syphilitiques adultes morts pendant que je leur donnais des soins, près de la moitié avaient succombé à des lésions de tuberculose vulgaire. S'agit-il là d'une simple série fortuite ? ou bien, ne peut-on pas plutôt conclure que la syphilis débilite l'organisme et en fait une proie facile dans diverses causes de déchéances et prépare surtout le terrain pour les bacilles tuberculeux ?

M. GAUCHER. — M. Augagneur vient de dire qu'il fallait mettre de côté les cas dans lesquels la syphilis semble agir comme cause prédisposante à une maladie infectieuse, méningite ou diphtérie. Je ne vois pas en quoi peut consister cette prédisposition.

Ce qui est certain, c'est que dans certains cas la méningite est de nature syphilitique et guérit par le traitement spécifique. J'en ai observé un cas chez l'enfant d'un médecin : la mère était morte de tuberculose, un oncle paternel avait également succombé à la phtisie ; le père, en présence de cette hérédité bilatérale, ne doutait pas de la nature tuberculeuse des accidents cérébraux observés chez son enfant ; néanmoins, j'obins de lui l'aveu qu'il avait eu la syphilis, je soumis l'enfant à un traitement spécifique et je parvins à le guérir. Il n'est donc pas toujours

nécessaire d'admettre la prédisposition à une tuberculose qui n'existe pas ; la mort par méningite peut survenir chez des jeunes sujets hérédosyphilitiques, atteints de méningite syphilitique qui n'ont pas été traités, ou qui ont été insuffisamment traités, ou chez lesquels le traitement n'a pas réussi, car il ne faut pas oublier que celui-ci peut échouer contre des lésions indubitablement syphilitiques.

M. AUGAGNEUR. — Pour répondre à M. Gaucher, je rappellerai que jusqu'à présent, les méningites syphilitiques héréditaires ne sont rendues probables que par la guérison, sous l'influence du traitement spécifique, de certaines méningites diagnostiquées tuberculeuses. Certaine observation de M. Ferras, nous montre la méningite tuant un enfant de syphilitique, mais dans une famille, où ni les autres enfants, ni la mère n'ont été atteints.

A M. Barthélémy je dirai, que s'il accepte l'hérédité *paternelle*, il est inutile de discuter entre les toxines et les microbes, pour expliquer l'hérédité *maternelle*. Si vous admettez que le spermatozoïde, sécrétion du testicule, est infecté et infectant, vous devez faire de même pour l'ovule, sécrétion de l'ovaire. La syphilis serait alors antérieure à la conception, et le filtre placentaire n'y jouerait aucun rôle.

M. JULLIEN. — Je ne saurais admettre avec M. Barthélemy la prédisposition des tuberculeux à la syphilis. En tous cas, cette prédisposition n'existe pas chez les enfants syphilitiques. Sur 5600 enfants sur lesquels j'ai recueilli des notes à la consultation de l'hôpital Trousseau, il y avait environ 80 syphilitiques et sur ce nombre je n'ai relevé la coïncidence de la syphilis et de la tuberculose que dans un nombre de cas tout à fait insignifiant, 5 ou 6 si mes souvenirs me servent bien. On sait cependant à quel point la tuberculose est généralisée chez les enfants, particulièrement dans la clientèle de nos hôpitaux.

TRAITEMENT DES TUBERCULOSES GANGLIONNAIRES PAR LES INJECTIONS D'HUILE CRÉOSOTÉE A HAUTE DOSE,

Par M. BURLUREAUX.

Nous avons présenté à la dernière séance de la Société (1) un appareil permettant de faire facilement et sans danger des injections hypodermiques de doses considérables d'huile, soit simple, soit créosotée. Cet appareil porte notre nom associé à celui de notre collaborateur, le Dr Guerder : nous avons dit toute la part qui revenait à M. le Dr Gimbert (de Cannes) dans la méthode qui devrait porter son nom.

Nous avons relaté avec détails, dans cette même communication, les

(1) Voir *Bull. Soc. franç. Dermat.* 1891, p. 109.

effets locaux des injections d'huile, leur indolence quand l'opération est conduite avec la lenteur voulue et leur innocuité absolue quand la préparation de créosote est irréprochable. Nous voulons aujourd'hui en indiquer l'action thérapeutique dans la tuberculose ganglionnaire. Déjà, en 1889, nous avons signalé, dans un travail sur les maladies contagieuses du soldat qui nous a valu *ex æquo* le prix de médecine militaire (1), les bons effets de la créosote à haute dose injectée sous la peau. Nous l'avons employée, disions-nous, « dans 3 cas, où les adénites du cou étaient si volumineuses et si profondes qu'elles avaient fait reculer des chirurgiens hardis devant l'intervention radicale, et les 3 malades se sont très bien trouvés du traitement sous-cutané ». Actuellement, nos études datent de 2 ans, et nous sommes de plus en plus convaincu de l'efficacité de la méthode : aux trois observations ci-dessus mentionnées, nous pourrions ajouter 5 autres, non moins démonstratives, que l'on peut ainsi résumer. Des adultes, atteints d'adénites du cou trop volumineuses pour que l'intervention chirurgicale soit à conseiller, peuvent être en 2 mois, en moyenne, débarrassés de leurs adénites, sans suppuration et sans accidents.

Citons à titre d'exemple les trois observations suivantes.

Un de nos malades, détenu de la prison de Bicêtre et que MM. Legroux, Gimbert, Bouchard et Barthélemy ont successivement vu dans notre service, a pu être débarrassé d'adénites cervicales volumineuses après un traitement de 6 mois ; il a consommé par la peau 4 kilogrammes 200 d'huile créosotée, a engraisé de 4 kilos. 500, tout en étant soumis à des conditions hygiéniques peu favorables.

Un jeune homme vient me voir le 4 janvier, porteur d'adénites cervicales multiples, datant de 2 mois et assez développées pour que le médecin de l'école de Châlons, à laquelle il appartient, ait cru devoir le renvoyer dans sa famille. L'état général est bon : je le sou mets pendant un mois et demi à l'hygiène la plus scrupuleuse, à la suralimentation, à l'huile de morue, aux bains sulfureux, et je n'obtiens aucun résultat utile. Je me décide alors à prier M. le Dr Guerder de vouloir bien le soumettre aux injections d'huile créosotée, et dès la neuvième injection, c'est-à-dire dès le neuvième jour du traitement, on pouvait constater une diminution de moitié du volume des ganglions.

Aujourd'hui, après avoir fait 25 injections, vous pouvez constater que les ganglions ont presque disparu, et que ceux qui sont encore perceptibles sont facilement isolables et ne sont plus entourés de cette gangue, qui, au début, les unissait les uns aux autres, pour former une masse continue. L'état général du jeune homme n'a pas non plus périclité ; son appétit déjà bon s'est exagéré ; ses forces ont encore augmenté ainsi que son poids. En décembre 1890, il était de 153 livres ; au moment où nous

(1) *Arch. de méd. et de pharm. militaires*, avril 1890.

avons commencé le traitement créosoté, il était descendu à 144, et le voici remonté à 161.

Notons qu'il n'a pas eu un seul jour de fièvre, que les injections ne l'ont jamais empêché de faire les grandes promenades que nous lui prescrivions. En résumé, 83 grammes de créosote, incorporés à 1165 grammes d'huile, donnés en 25 injections, ont eu plus d'efficacité que ne l'auraient eu, dans le même espace de temps, les interventions chirurgicales les plus hardies, ou l'usage des bains de mer, ou même des eaux de Salies-de-Béarn.

L'autre malade que nous avons l'honneur de vous présenter, est un garde républicain qui, à la suite d'une otite chronique, a vu apparaître, au milieu de février 1891, une tumeur sur le côté droit du cou, dont nous avons pu apprécier l'augmentation rapide. Le 6 mars, elle était considérable, ainsi que le représente la photographie ci-jointe ; elle était évidemment formée par un paquet ganglionnaire énorme, qu'aucun chirurgien n'aurait osé aborder : son évolution rapide pouvait faire craindre, d'autre part, une suppuration à brève échéance. En tout cas, tout porte à croire qu'elle était destinée à avoir une régression des plus lentes. Or, un traitement de 22 jours a suffi pour la faire presque disparaître ; vous pouvez, en effet, actuellement constater : 1° qu'il n'y a plus de saillie appréciable à la vue ; 2° que le palper permet d'isoler trois ganglions, nettement circonscrits, peu volumineux, non douloureux ; que toute gangue circonvoisine a disparu. Or cet homme a pris en 22 jours, par la peau, 1130 grammes d'huile créosotée, c'est-à-dire 75 grammes de créosote parfaitement pure, soit 3 gr. 4 par jour ; notons qu'il n'a jamais eu le moindre accident, pas de fièvre, jamais d'urines noires, et qu'il a pu constater lui-même une telle amélioration, dès les premières injections, qu'il a retardé spontanément le départ pour un congé de convalescence qui lui était proposé, et qu'il a supporté sans la moindre récrimination les petits inconvénients inséparables de toute intervention, c'est-à-dire, dans l'espèce, la longue durée de la piqûre, et les légères douleurs qu'elle occasionne quand l'injection est faite trop vite. Le poids de ce malade a augmenté de 6 livres.

Nous n'avons pas d'observations relatives à d'autres tuberculoses superficielles, et nous serions très désireux de voir la méthode expérimentée chez les malades atteints de lupus.

M. BARTHÉLEMY. — A l'appui de la communication si intéressante de notre collègue Burlureaux, je dois dire que depuis plusieurs mois je traite en ville par la méthode des injections hypodermiques d'huile créosotée, une jeune dame tuberculeuse atteinte de pyo-pneumo-thorax et dont les crachats ont été trouvés remplis de bacilles par M. Darier. Cette dame supporte à merveille les injections depuis plusieurs mois, et absorbe tous les jours, 60 gr. d'huile créosotée au 15°, soit 4 gr. de créosote par jour. Elle va certainement mieux et a engraisé alors pourtant que son estomac délabré ne permet qu'une alimentation restreinte.

Je dois dire que les résultats que j'ai observés dans des cas d'adénopathies bilatérales considérables du cou m'ont amené à penser que ce mode de traitement pourra être plus salubre encore dans les cas de tuberculoses ganglionnaires que dans les cas de tuberculose pulmonaire, De là à les utiliser contre les tuberculoses locales, il n'y a qu'un pas et nous nous disposons à soumettre à ce moyen thérapeutique des lupus et d'autres tuberculoses cutanées de façon à pouvoir juger plus sûrement les modifications subies par des lésions facilement et constamment accessibles à l'observation directe.

NOTE SUR LES RÉSULTATS OBTENUS DANS LE TRAITEMENT DE LA TRICHOPHYTIE DU CUIR CHEVELU A L'ÉCOLE DES TEIGNEUX DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS,

Par MM. QUINQUAUD et BUTTE.

Il y a quelques mois nous avons conseillé au D^r Carrère de choisir pour sujet de thèse le traitement de la teigne tondante.

Grâce aux énormes matériaux dont nous disposons à l'École des Teigneux de l'hôpital Saint-Louis, ce travail ne pouvait manquer de donner des résultats intéressants.

Les documents statistiques recueillis à l'École ont, en effet, permis d'affirmer que le traitement employé d'une façon méthodique depuis le mois de septembre 1888 chez les enfants teigneux et dans lequel l'occlusion, la pepsine, les parasitocides et l'antisepsie des linges jouent le principal rôle (1) était celui qui à l'heure actuelle paraissait rendre les plus grands services.

Tandis qu'avec les anciennes méthodes la durée moyenne du séjour à l'École était de 10 mois 1/2, on l'a vue diminuer de moitié dès que le traitement spécial a été institué, les enfants ne restaient plus à l'École que 5 mois 1/2.

Les observations que nous avons communiquées au D^r Carrère s'arrêtaient au 30 juin 1890, nous avons continué à recueillir celles des enfants sortis guéris pendant le dernier semestre de l'année et nous avons été heureux de constater que les bons résultats déjà obtenus s'étaient non seulement maintenus, mais avaient une tendance à aller en s'améliorant.

Pendant le 1^{er} semestre de 1890, 69 enfants avaient quitté l'école après guérison ; on en compte 81 pendant le 2^e semestre.

La durée moyenne du traitement a été de 5 mois 24 jours.

La durée de la maladie a été de 12 mois.

Pour les enfants qui ne se sont pas absents (44) la durée du traitement n'a été que de 2 mois 12 jours.

Pour ceux qui se sont absents (37) elle a été de 9 mois 27 jours.

(1) Congrès international de dermatologie, 1889.

Si l'on compare ces chiffres à ceux du 1^{er} semestre on a le tableau suivant :

	NOMBRE D'ENFANTS GUÉRIS	DURÉE MOYENNE DE LA MALADIE	DURÉE MOYENNE DU TRAITEMENT
1 ^{er} semestre.....	69	12 mois 3 j.	6 mois 9 j.
2 ^e semestre.....	81	12 mois	5 mois 24 j.

Il y a eu plus d'enfants guéris pendant le dernier semestre, mais la durée moyenne de la maladie et celle du traitement sont sensiblement les mêmes dans les 2 périodes.

Il en est de même si l'on établit des comparaisons entre la durée moyenne du traitement chez les enfants qui sont venus régulièrement et ceux qui se sont souvent absents.

	1 ^{er} SEMESTRE	2 ^e SEMESTRE
<i>Enfants venus régulièrement.</i>		
Durée moyenne du traitement...	2 mois 18 j.	2 mois 12 j.
<i>Enfants s'étant absents.</i>		
Durée moyenne du traitement...	9 mois 24 j.	9 mois 27 j.

Les deux périodes de l'année présentent donc des différences très faibles au point de vue de la durée moyenne de la maladie et du traitement à l'École. En réunissant les chiffres de toute l'année nous trouvons pour 1890.

Enfants guéris.....	150
Durée moyenne de la maladie.....	12 mois 1 j.
Durée moyenne du traitement.....	6 mois 1 j.
Durée du traitement chez les enfants venus régulièrement.....	2 mois 15 j.
Durée du traitement chez les enfants qui se sont absents.....	9 mois 25 j.

Ces chiffres sont consolants, ils démontrent une fois de plus que la thérapeutique n'est pas impuissante contre la trichophytie du cuir chevelu et ils nous permettent d'espérer des guérisons plus rapides encore.

La lecture du tableau suivant que nous avons dressé, montre la progression croissante du nombre des guérisons depuis la création de l'École.

Statistique des enfants sortis guéris depuis le 4 août 1886 jusqu'au 31 décembre 1890.

ANNÉES	GARÇONS	FILLES	TOTAUX
1886	»	»	»
1887	20	4	24
1888	11	3	14
1889	86	38	124
1890	101	49	150
TOTAUX.....	218	94	312

Si nous ne tenons pas compte de l'année 1886 (année de la création) et que nous comparions 1887 et 1888 où les anciennes méthodes de trai-

tement ont été employées avec 1889 et 1890, pendant lesquelles on a appliqué méthodiquement la thérapeutique indiquée, on voit que, dans les deux premières années, 38 enfants seulement sont sortis guéris, tandis qu'on en compte 274 pendant les deux dernières, ce qui fait sept fois plus. Ces chiffres se passent de commentaires et suffisent à eux seuls pour prouver la grande utilité de l'école des Teigneux, créée par le Dr Lailler, avec le concours du Conseil municipal et de l'Administration. Ils justifient les phrases suivantes que M. Carrère écrit à la fin de sa thèse.

« Les excellents résultats obtenus devraient engager à créer dans différents points de Paris quelques établissements édifiés sur le modèle de l'école de Saint-Louis. En effet, il y a là une grande lacune à combler ; car il est bien évident que les enfants de 5 à 10 ans habitant ou Montrouge, ou Bercy, ou Auteuil ne peuvent venir tous les matins dans une école qui est située à cinq ou six kilomètres de leur résidence. Si l'on créait quelques écoles disséminées dans différents quartiers de Paris, on remédierait à ce grave inconvénient qui saute aux yeux de tous ceux qui ont assisté à une consultation de l'hôpital Saint-Louis et qui ont vu combien y est considérable le nombre des enfants teigneux qui ne peuvent fréquenter régulièrement l'école à cause de la trop grande distance qui les en sépare. »

M. E. VIDAL. — M. Quinquaud a-t-il employé le traitement préconisé par Unna ?

M. QUINQUAUD. — J'ai essayé ce traitement pendant 3 mois, mais je n'en ai pas obtenu des résultats aussi merveilleux que ceux qui ont été annoncés et, mes malades étant toujours dans le même état, j'ai renoncé au traitement.

M. HALLOPEAU. — On ne peut nier que la statistique de M. Quinquaud ne soit pleinement démonstrative et qu'elle ne constitue un argument irréfutable en faveur de l'excellence de son traitement. Nous croyons cependant devoir faire quelques réserves sur certains points. La méthode employée étant complexe, il est possible que tous les moyens dont l'ensemble la constitue n'aient pas une égale valeur et que quelques-uns d'entre eux soient d'une efficacité contestable. Il en est ainsi, suivant nous, du raclage ; nous l'avons pratiqué, avec les précautions indiquées par notre collègue et nous avons vu, la même semaine, le nombre des foyers trichophytiques se multiplier dans des proportions considérables, tandis que constamment, chez les malades en traitement dans notre service, les progrès de la maladie sont enrayés et la formation de nouveaux foyers ne s'observe que très exceptionnellement ; nous avons donc cru en présence de ce résultat devoir renoncer au raclage ; nous ne croyons pas qu'il puisse avoir une part dans les succès obtenus par M. Quinquaud. La limitation constante de la maladie à un petit nombre de points dès que le traitement est régulièrement institué nous fait douter également de l'utilité des mesures de désinfection que vient de préconiser M. Quin-

quaud. C'est donc, à notre sens, aux autres moyens employés par notre collègue qu'il faut attribuer l'effet de la grande efficacité de sa méthode, nous voulons dire, à l'emploi judicieux et très soigné de bons parasitocides et à l'occlusion.

Le mode d'application de ces moyens nous paraît avoir une importance capitale ; nous avons vu maintes fois une médication identique, employée simultanément dans nos deux salles de trichophytiques par des infirmiers différents, donner régulièrement, dans l'une des succès, dans l'autre des insuccès.

De telle sorte que le choix du topique modificateur nous paraît avoir moins d'importance que son mode d'emploi et le mode d'occlusion.

Nous avons obtenu dans ces derniers temps des résultats relativement satisfaisants, d'abord avec l'acide chrysophanique dissous dans le chloroforme, puis avec la teinture d'iode. L'acide chrysophanique n'est efficace qu'à la condition d'être employé en solution concentrée ; son titre doit être de 15 pour 100. Nous n'avons pas employé, pour l'occlusion, la colle de zinc conseillée par Unna, son usage nous paraissant peu pratique pour une région velue ; nous avons eu recours successivement à la pellicule adhésive préparée par Vigier et au collodion ; nous y avons renoncé en raison de la difficulté que l'on éprouve à enlever les vernis formés par ces produits. Nous faisons usage actuellement de la traumaticine ; son application est momentanément un peu douloureuse ; quelques enfants s'en plaignent ; on peut dire cependant qu'elle est généralement bien supportée.

La teinture d'iode est appliquée pure sur les foyers de trichophytie, mitigée sur les autres parties du cuir chevelu pour éviter de nouvelles invasions ; on renouvelle pendant 5 jours chaque semaine les applications successives de teinture d'iode et de traumaticine. Il n'y a pas assez longtemps que nous employons ce traitement pour que nous puissions être fixé sur sa valeur ; cependant depuis un an nous avons obtenu la guérison de 39 filles sur 61 et de 29 garçons sur 49.

M. QUINQUAUD. — L'application du traitement ne demande pas autant de temps qu'on l'a prétendu et la preuve en est qu'en examinant très régulièrement les enfants je parviens actuellement à en traiter d'une façon constante 150. Il est vrai que dans les premières périodes d'application de la méthode, je ne pouvais pas en traiter plus de 20 à 25 ; mais alors c'étaient des malades nouveaux demandant plus de soins que ceux qui sont déjà en traitement depuis un certain temps. On n'a pas, en effet, à employer le grattage pendant toute la durée du traitement et au bout d'un temps assez court on peut ne plus le faire. Ce grattage doit être bien fait, mais jamais il n'a été suivi de réinoculations. La preuve que l'antisepsie est bonne, c'est qu'on peut voir de nouvelles inoculations se faire à la suite de soins mal donnés.

M. CRUYL (de Gand). — Je suis aussi chargé d'un service assez impor-

tant de teigneux. La trichophytie, comme ici à Saint-Louis, est de beaucoup la plus nombreuse. Depuis 1889, j'ai recours à l'hôpital, mais surtout chez des malades externes et chez ceux de la clientèle privée, à la méthode de M. Vidal (teinture d'iode et enveloppement). Depuis environ deux ans, j'ai pu constater que, par cette méthode, la durée de traitement avait considérablement diminué.

Puisque nous parlons de teignes je tiens à vous communiquer deux observations intéressantes.

En 1888, deux enfants sont entrés à l'hôpital, atteints de variole confluente, l'un avait un favus et l'autre un herpès tonsurans.

Ils sont guéris de leur variole, et à mon grand étonnement, le microscope, à leur sortie de l'hôpital, ne révélait plus trace de parasite de teigne sur le cuir chevelu. Voilà deux à trois ans qu'ils sont sortis; je les ai depuis ce temps, examinés cinq ou six fois et le cuir chevelu reste exempt de champignons.

M. E. VIDAL. — Je suis très heureux de la confirmation que M. Cruyl vient de donner de l'efficacité du traitement que j'emploie depuis longtemps. Ce traitement est facile à appliquer et a l'avantage de permettre de laisser les enfants en commun sans avoir à redouter aucun danger de contagion. La teinture d'iode supplée parfaitement au raclage : elle produit la chute des couches superficielles de l'épiderme, balaye pour ainsi dire le cuir chevelu en enlevant les spores contenues dans les squames et dans les débris épidermiques ; de plus son application est beaucoup moins douloureuse que le raclage.

M. HALLOPEAU. — Je n'emploie guère la gutta-percha qu'à l'hôpital et le plus ordinairement j'ai recours aux applications de vaseline iodée qui ont été préconisées par M. Lailler.

Ont été nommés au cours de la séance :

Membres titulaires : MM. ABADIE, BROUSSE (de Montpellier), FERRAS (de Luchon), FREDET (de Clermont-Ferrand), LAUSSEDAT, J. B. MARTY, NICOLAS (de la Bourboule), L. ROUX.

Membre correspondant étranger : M. DE MAIEFF (de Saint-Pétersbourg).

SÉANCE DU 3 AVRIL 1891

Présidence de M. Lailler.

SOMMAIRE. — Angionévrose avec alopécie pseudo-peladique et troubles de pigmentation. Présentation de malade par M. HALLOPEAU. — Chancre syphilitique du prépuce, lymphangite précoce empêchant l'excision. Présentation de malade par M. BARTHÉLEMY. (Discussion : M. AUGAGNEUR.) — Sur un cas d'infection farcino-morveuse, terminé par morve aiguë, par MM. HALLOPEAU et JEANSELME. — Equinia chronique. Farcinose mutilante du centre de la face, par M. E. BESNIER. — Bactériologie du cas de morve chronique présenté par M. Besnier, par M. QUINQUAUD. (Discussion : M. MOREL-LAVALLÉE.) — Un cas de pelade du cuir chevelu probablement d'origine nerveuse par M. BROUSSE. — Sur la nature et le traitement du prurigo de Hebra, par M. AUGAGNEUR. — Nouveaux détails sur la destruction des poils par l'électrolyse, par M. BROcq.

SUR UNE NOUVELLE VARIÉTÉ D'ANGIONÉVROSE DONNANT LIEU A DES PLAQUES D'ALOPÉCIE PSEUDO-PELADIQUE, AVEC ISCHÉMIE, ANESTHÉSIE, ACHROMATOSE ET TACHES PIGMENTÉES

Par M. H. HALLOPEAU.

L'histoire de M. H..., que nous avons l'honneur de présenter à la Société, nous paraît digne d'intérêt au point de vue de la clinique et de la physiologie pathologique. Il est atteint d'une affection que nous croyons devoir rattacher à une excitation des vaso-constricteurs ; elle se rapprocherait ainsi par son mécanisme intime de la maladie de Raynaud, tout en en différant par ses caractères cliniques.

M. H..., ingénieur des arts et manufactures, âgé de 36 ans, est, dans une certaine mesure, un névropathe ; il éprouve, quand il est contrarié, une sensation persistante et pénible d'étouffement ; il a eu, de 14 à 20 ans, des migraines d'une grande intensité ; elles s'accompagnaient d'éblouissements, d'affaiblissement de la vision et de parésie linguale ; il était alors dans l'impossibilité d'articuler un son ; cet état se prolongeait pendant

48 heures ; il éprouvait, à la même époque, de la dyspepsie ; il a eu, de 16 à 23 ans, de très vives préoccupations.

Sa maladie actuelle a débuté vers l'âge de 18 ans, par l'apparition, à la partie postéro-externe de la jambe droite, d'une plaque de décoloration avec insensibilité ; grande d'abord comme une pièce de cinq francs, elle s'est progressivement étendue jusqu'à la cheville ; bientôt des plaques semblables se sont produites sur le dos des phalanges ; elles s'accompagnaient de chute des poils ; elles s'entouraient d'une zone où la pigmentation était exagérée. A 26 ans, une plaque semblable se développa dans la région inguinale droite, décolorée dans sa partie centrale, d'un brun sombre à sa périphérie ; le scrotum subit la même altération. En 1888, toute la face est envahie et devient glabre ; au bout de quelques mois, les poils repoussent, mais ils sont blancs. En 1889, le cuir chevelu est à son tour intéressé ; il s'y produit des plaques d'alopecie avec anesthésie ; elles ont pris en novembre dernier une grande extension pour s'améliorer ensuite promptement sous l'influence d'un traitement actif. M. H... a eu plusieurs accès de coliques hépatiques ; sa dermatose paraît s'être aggravée sous leur influence.

Actuellement, M. H... présente, en différentes parties du corps, des plaques irrégulièrement arrondies au niveau desquelles la peau est décolorée ; elles débutent par la formation de stries atrophiques dont l'aspect rappelle celui des vergetures ; elles sont entourées de taches pigmentées ; les contacts sont à peine sentis dans les parties décolorées ; les piqures y sont perçues comme de simples contacts ; souvent elles n'y déterminent pas d'écoulement sanguin : le malade est très affirmatif sur ce point et nous avons pu constater par nous-même qu'il en est ainsi réellement, bien que le phénomène soit moins accentué qu'il ne l'a été antérieurement ; d'autres fois, la piqure amène l'extravasation d'une gouttelette de sang, mais ce sang présente une coloration noirâtre, asphyxique, beaucoup plus foncée que celle du sang obtenu par la piqure des parties saines. Pendant l'un de nos examens, il se produit des sueurs profuses ; elles ne font défaut qu'au niveau des parties décolorées. Ces plaques sont le siège d'une alopecie complète ou incomplète ; les poils qui y repoussent sont blancs et contrastent ainsi avec ceux des parties saines.

La distribution des plaques décolorées est remarquable par sa symétrie : au cuir chevelu, elles occupent les régions temporales et occipitales en s'étendant symétriquement de chaque côté de la ligne médiane ; au visage, on les retrouve sur les parties correspondantes des joues et du menton ; au tronc, elles ont envahi de chaque côté les mamelons et leurs auréoles ; aux mains, elles ont pour siège le dos des phalanges des 4 derniers doigts ; les deux moitiés du scrotum et les faces postérieures des jambes sont également intéressées. D'autres plaques existent au niveau des aisselles, sur les parois de l'abdomen, derrière le cou et au sourcil gauche.

En beaucoup de points, les altérations ont rétrocedé : c'est ainsi que les jambes, presque entièrement envahies autrefois, ne présentent plus aujourd'hui que des plaques de dimensions très restreintes. Au cuir chevelu, il s'est produit depuis quelques semaines une très notable amélioration ; les cheveux repoussent presque partout ; la sensibilité reparait. Il n'y a jamais eu aux mains ni aux oreilles, de phénomènes d'asphyxie locale.

Comment ces altérations doivent-elles être interprétées ?

Les modifications dans la distribution du pigment, sa disparition au centre des plaques, son accumulation à leur périphérie sont caractéristiques du vitiligo ; mais, d'ordinaire, cette affection ne s'accompagne pas d'altération appréciable de la sensibilité cutanée, non plus que des troubles vaso moteurs révélés chez M. H... par la difficulté que l'on éprouve à obtenir du sang par les piqûres ; elle ne présente, d'autre part, aucune tendance à rétroceder, du moins dans la très grande majorité des cas ; *ces troubles sensitifs et vaso-moteurs ainsi que cette tendance à rétroceder distinguent donc la dermatose de M. H... de l'affection dite vitiligo.*

Au cuir chevelu, les altérations offrent de grandes analogies avec celles qui caractérisent la pelade : comme dans cette maladie, il y a des plaques d'alopécie complète et les cheveux y repoussent blancs ; on voit sur les surfaces dénudées quelques cheveux cassés ; mais à côté de ces analogies, il existe des différences essentielles ; contrairement à ce que l'on observe dans la pelade vraie, les plaques dénudées ne sont chez notre malade ni circulaires, ni polycycliques ; leur surface n'est pas éburnée ; les poils brisés n'y ont pas l'aspect de ceux que l'on rencontre dans les foyers peladiques, ils sont moins grêles à leur émergence et ne présentent pas de renflement à leur extrémité libre ; enfin, les plaques sont, comme nous l'avons vu, pour la plupart ischémisées et partiellement anesthésiées ; ce sont là des caractères qui n'appartiennent pas à la pelade vraie ; nous ne croyons pas devoir appliquer cette dénomination à l'alopécie de ce malade ; comme M. Besnier, nous pensons qu'il faut arriver à trouver, pour chaque type morbide, une étiquette différente : or la pelade que nous observons communément avec sa disposition en cercles à surface éburnée, son altération caractéristique des cheveux et sa transmissibilité constitue bien certainement un type clinique distinct, une maladie parasitaire ; le parasite est vraisemblablement celui qu'ont décrit récemment MM. Vaillard et Vincent ; les recherches entreprises à cet égard dans notre laboratoire par MM. Claisse et Floersheim semblent jusqu'ici confirmer l'opinion de ces auteurs ; ils ont obtenu, en effet, les cultures caractéristiques chez les deux tiers des peladiques qu'ils ont examinés à ce point de vue ; elles ont fait défaut dans les autres alopecies (il en a été ainsi chez notre malade). C'est dire que nous nous refusons à accepter l'opinion mixte qui admet deux espèces distinctes de pelade,

l'une parasitaire, l'autre tropho-neurotique ; il existe des alopecies d'origine tropho-neurotique, mais elles diffèrent de la pelade vraie.

Nous ne nous arrêterons pas, malgré le début par stries atrophiques, à discuter l'hypothèse d'une sclérodermie en plaques : les téguments ont partout conservé leur consistance normale, contrairement à ce qui est de règle dans cette maladie.

Il s'agit, croyons-nous, d'un type clinique non encore décrit. Si nous cherchons à déterminer le mécanisme suivant lequel se produisent ces altérations, nous arrivons à l'interprétation suivante : l'anémie locale, que révèle le défaut d'écoulement sanguin par les piqûres pratiquées dans les parties malades, indique l'existence d'un obstacle au cours du sang ; il ne peut être autre qu'un spasme des vaso-constricteurs, car les symptômes de l'embolie cutanée font défaut ; cette ischémie d'origine nerveuse explique l'anesthésie ; nous croyons qu'on peut également lui rapporter les altérations de la pigmentation et la chute des cheveux et des poils. On peut, en effet, pour ce qui est des taches brunes, admettre que la stase sanguine, provoquée par la stricture vaso-motrice, amène l'extravasation dans le derme d'une certaine quantité d'hémoglobine qui, en s'altérant, fournit les granulations pigmentaires dont l'épiderme est infiltré ; la décoloration peut s'expliquer, soit par l'ischémie elle-même, soit plutôt par un trouble provoqué par cette ischémie dans la nutrition des couches profondes de l'épiderme. La même interprétation peut être invoquée pour la production des plaques d'alopecie : on conçoit que le cheveu, ne recevant plus en quantité suffisante les matériaux nécessaires à sa nutrition, s'atrophie et tombe ou se brise ; nous n'ignorons pas que l'on a contesté à ces troubles de vascularisation une action persistante sur la nutrition des tissus : les gangrènes provoquées par l'asphyxie locale des extrémités, et la lenteur extrême avec laquelle les parties ainsi mortifiées s'éliminent, établissent la possibilité de cette action ; nous avons constaté, récemment, chez une malade atteinte de cette angio-névrose, l'absence de poils sur les secondes phalanges de plusieurs des doigts intéressés. Il n'est donc pas nécessaire, pour se rendre compte de ces phénomènes, d'invoquer un trouble direct dans l'innervation trophique ; nous ajouterons que la disparition progressive des plaques d'alopecie et de vitiligo s'explique beaucoup mieux par l'hypothèse d'une angio-névrose que tout autrement ; elle est tout à fait d'accord avec l'idée d'un trouble passager de la nutrition tel que peut en engendrer un spasme prolongé des artérioles ; nous invoquerons enfin en faveur de cette interprétation l'action que paraît avoir exercé un traitement par des agents capables de combattre l'ischémie cutanée : sous l'influence de frictions avec les liquides excitants généralement employés dans le traitement de la pelade, des plaques devenues achromateuses ou hyperpigmentées ont repris leur coloration normale, en même temps que les poils ou les cheveux y repoussaient ; en peu de mois, l'état du malade s'est ainsi très notablement amé-

lioré; le malade a remarqué, et nous avons constaté nous-même, que dans les moments consécutifs à un bain électrique, pendant lequel il a appliqué les mains sur le pôle négatif, leur face dorsale, extrêmement décolorée, se vascularise: on en a pour témoin l'apparition d'une coloration rosée qui s'efface sous la pression du doigt; de même sous l'influence des bains, des plaques du cuir chevelu, que nous avons trouvées ischémisées quelques jours auparavant, donnent lieu par la piqure à un écoulement sanguin relativement abondant.

En résumé, l'histoire de M. H... montre qu'il existe un type clinique caractérisé par la production, en différentes parties du corps, de plaques à contours irréguliers au niveau desquelles la peau se décolore, devient insensible aux simples contacts et peu sensible aux piqures, où celles-ci ne donnent pas lieu à un écoulement sanguin ou ne le produisent que difficilement, où le sang ainsi extravasé présente une coloration noirâtre, asphyxique, où les poils et les cheveux tombent ou s'arrachent et repoussent blancs; ces plaques sont entourées par des taches pigmentées tout à fait semblables à celles du vitiligo; elles sont susceptibles de disparaître sans laisser aucune trace, si ce n'est peut-être la canitie; elles se produisent, selon toute vraisemblance, sous l'influence d'un trouble réflexe dans l'innervation motrice résultant d'excitations d'origine psychique ou organique: les alopecies qu'elles déterminent diffèrent de celles de la pelade par leurs contours irréguliers, par l'anesthésie et l'ischémie dont elles sont le siège, par les caractères des altérations qu'y présentent les poils ou les cheveux et enfin par l'absence du parasite de Vaillard et Vincent; nous les qualifions de pseudo-peladiques; les taches pigmentées se distinguent également du vitiligo vulgaire par leur tendance à s'effacer, soit spontanément, soit sous l'influence d'un traitement approprié; elles doivent également en être séparées, bien que le vitiligo soit lié, M. Leloir l'a démontré, à un trouble de l'innervation.

Cette maladie paraît curable: les irritations réitérées de la peau, soit par des substances médicamenteuses telles que la térébenthine, le camphre et l'alcool. soit par les courants continus semblent pouvoir en faire disparaître les manifestations.

Divers auteurs, et particulièrement M. Leloir, ont signalé des achromatoses, des vitiligos et des alopecies d'origine nerveuse, mais dans aucun cas, à notre connaissance, ces diverses altérations n'étaient, comme chez M. H..., réunies en foyers multiples et en relation avec un spasme vasculaire: c'est à ce titre que la maladie de M. H... nous paraît représenter une variété nouvelle d'angionévrose.

CHANCRE SYPHILITIQUE DU PRÉPUCE. PRÉCOCITÉ DE LA LYMPHANGITE INFECTIEUSE EMPÊCHANT L'EXCISION

Par M. BARTHÉLEMY.

Voici un malade atteint aujourd'hui de roséole syphilitique. Il s'agit du malade déjà présenté le 12 mars, à l'occasion d'un chancre syphilitique disposé sur le prépuce d'une manière favorable pour l'excision. J'insiste sur la lymphangite infectieuse qui relie très nettement la base indurée du chancre au ganglion lymphatique correspondant.

Lors du premier examen, au 12^e jour, cette lésion existait déjà ; mais auparavant, le diagnostic de chancre syphilitique avait été nié par un observateur autorisé. Ce fait prouve combien sont suspects les résultats de l'excision faite dès l'origine d'une lésion dont il est impossible, la plupart du temps, de connaître exactement l'origine.

D'autre part, si on attend le développement des affections lymphatiques, l'excision du chancre syphilitique arrive en retard ; ou bien l'excision, si elle doit être faite, doit comprendre non seulement la plaque primitivement infectée, mais tout le système lymphatique consécutivement intéressé.

Donc, tout en étant convaincu que l'infection syphilitique est primitivement locale, puis régionale et qu'elle ne s'étend qu'ultérieurement et graduellement à la totalité de l'économie, je persiste à penser que l'excision de la sclérose initiale ne peut, dans l'immense majorité des cas, sinon dans tous, donner que des résultats illusoire ou insuffisants ; sans compter qu'il y a lieu encore de tenir compte dans les statistiques des cas de syphilis fruste ou spontanément très bénigne.

La syphilis se prend comme la rage ; mais, quand on prend la rage, on est averti par la morsure. Ici, l'infection se fait insidieusement, silencieusement, et quand le chancre paraît, il semble qu'il soit trop tard pour intervenir chirurgicalement, si du moins on limite l'intervention à la sclérose initiale seule.

Toutefois, je crois que c'est pendant la période d'incubation qu'il sera possible de procéder aux diverses tentatives, stérilisation de terrain, injections diverses, médicamenteuses ou humorales, destinées à atténuer le virus, à enrayer sa marche et à combattre l'infection.

M. AUGAGNEUR. — Il serait difficile d'admettre d'une façon absolue l'efficacité de l'excision du chancre induré, et pour le démontrer il me suffira de citer un fait, que l'on pourra d'ailleurs trouver tout au long publié dans un travail d'un des élèves de Lyon, M. Désir de Fortunet. Il s'agissait d'un malade entré pour une blennorrhagie à l'Antiquaille. Cette blennorrhagie s'accompagnant d'un phimosis très étroit et très

génant, fit qu'on pratiqua la circoncision. En aucun point du prépuce enlevé on ne trouva de lésions permettant de penser à l'existence d'un chancre. La réunion par première intention ayant eu lieu rapidement le malade resta 2 mois à l'Antiquaille pour guérir sa blennorrhagie; à ce moment, 2 mois 1/2 après le coït infectant, on aperçut une roséole et des ganglions spécifiques.

Ce qui prouve que l'excision du chancre peut ne pas être efficace, même alors qu'elle est faite *avant l'apparition du chancre lui-même*. A cela rien d'extraordinaire et les hypothèses qui militent en faveur d'une excision efficace ne reposent pas sur une interprétation exacte. On peut supposer que le point de départ de l'infection syphilitique n'est pas le chancre seul, mais bien tout le département lymphatique qui s'étend jusqu'au premier ganglion. Ce n'est qu'après avoir dépassé ce premier ganglion que l'infection générale se fait; ce premier ganglion au même titre que le chancre lui-même constitue l'accident primitif, initial. L'excision ne peut donc être réglée d'une manière absolue.

SUR UN CAS D'INFECTION FARCINO-MORVEUSE CHRONIQUE TERMINÉE
PAR UNE POUSSÉE DE MORVE AIGUE

Par MM. HALLOPEAU et E. JEANSELME.

Depuis les remarquables travaux d'Elliotson, et surtout de Rayer, nul ne conteste que la maladie farcino-morveuse puisse se transmettre du cheval à l'homme. Aussi, la fréquence de cette affection redoutable a-t-elle singulièrement diminué tant dans l'espèce humaine que dans l'espèce équine. Les règlements sanitaires, tombés en désuétude depuis la fin du siècle dernier, ont été de nouveau appliqués dans toute leur rigueur et c'est certainement à leur observation qu'il faut attribuer la rareté, si grande à notre époque, de cette maladie contagieuse. Actuellement, beaucoup de cliniciens consommés, qui ont fréquenté les hôpitaux pendant la plus grande partie de leur existence, ne connaissent la morve que par les descriptions qu'ils en ont lues. Quand par hasard un cas de ce genre se présente à leur observation, ils sont exposés à le méconnaître si la notion étiologique leur échappe. Comme pour toutes les maladies peu communes auxquelles on ne songe pas tout d'abord, il serait utile de posséder une étude soignée des caractères différentiels qui permet de distinguer la farcino-morve chronique des affections qui présentent avec elle une certaine similitude. Malheureusement cette étude est encore peu avancée: les monographies si justement appréciées de Bérard et Denonvil-

liers (1), de Tardieu (2), de Brouardel (3) sont incomplètes à cet égard ; quant aux traités spéciaux de dermatologie, ils sont d'une remarquable pauvreté en renseignements sur cette matière : en France, le seul ouvrage sur les maladies de la peau dans lequel les caractères de la morve soient succinctement indiqués est celui de Rayer qui, à cette époque, ne la connaissait que par les travaux d'Elliotson (cette description est accompagnée d'une planche, Atlas, pl. IX) ; Alibert ne paraît pas avoir soupçonné l'existence de la morve de l'homme ; ni Cazenave, ni Gibert, ni Devergie n'en parlent dans leurs livres ; Bazin la mentionne dans sa classification, mais nulle part il ne la décrit, nulle part il n'en fait le diagnostic, alors même qu'il s'occupe à cet égard des syphilides ulcéreuses et des lupus ; il n'en est pas question dans nos ouvrages plus récents ; en Allemagne, Kaposi énumère les manifestations de la morve sans en indiquer les caractères cliniques ; Lesser n'en parle pas ; Duhring, Hyde et Shæmaker, en Amérique, ne lui consacrent que quelques lignes, et la description qu'en donne en Angleterre R. Crocker, est également fort courte. Nous croyons donc faire œuvre utile en publiant un fait que nous avons observé récemment et en insistant surtout sur les signes qui permettent de reconnaître l'infection farcino-morveuse alors même que les commémoratifs n'invitent pas tout d'abord à la rechercher.

La science pure et la pratique sont également intéressées à la solution de ce problème diagnostique, car, si la pathologie générale peut tirer des notions importantes de l'étude de cette infection qui, par ses lésions et son évolution, se rapproche de la syphilis, de la tuberculose et de la lèpre, la clinique, elle aussi, trouvera dans le diagnostic établi en temps opportun des indications fondamentales en ce qui concerne la prophylaxie et le traitement curatif.

Nous exposerons d'abord l'histoire pathologique de notre malade qui comprend une période de six ans. Nous reviendrons ensuite sur les particularités cliniques qui nous paraissent mériter une mention spéciale. En dernier lieu, nous relaterons les recherches expérimentales auxquelles nous nous sommes livrés pour donner au diagnostic toute la rigueur désirable.

OBSERVATION.— Le nommé Sab... (Albert), âgé de trente ans, entre au mois d'avril 1889, à l'hôpital Saint-Louis, pavillon Bazin.

Cet homme est charretier depuis six ans. Il y avait quelques mois qu'il faisait ce métier, pansant lui-même ses chevaux et leur servant leur nourriture, quand l'un d'eux fut pris d'un jetage abondant accompagné de « plaies et de

(1) A. BÉBARD et DENONVILLIERS. *Compendium de chirurgie*, 1845.

(2) A. TARDIEU. *De la morve et du farcin chronique*, etc. Thèse de doctorat. Paris, 1848.

(3) BROUARDEL. ART. MORVE HUMAINE du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 1876.

gourmes » sur diverses régions du corps ; l'état de l'animal s'aggravant, celui-ci fut abattu deux ou trois mois après le début des accidents.

C'est précisément à la même époque qu'apparurent les premiers symptômes de l'affection qui amène le malade à l'hôpital. L'infection se traduisit d'abord par un malaise général, des accès fébriles assez réguliers à type tierce et des douleurs articulaires violentes sans gonflement ni rougeur, douleurs qui ont reparu à maintes reprises pendant le cours de ces dernières années. Le malade ressentait aussi des élancements douloureux dans la tête, et dès ce moment les sécrétions nasales qui depuis, ont toujours été exagérées, devinrent plus abondantes.

Peu de temps après ces premiers signes de l'infection, un matin, le malade en se levant est pris d'une douleur au niveau de la crête tibiale gauche vers sa partie moyenne. Il constate que toute la région douloureuse est rouge et tuméfiée. Il entre à l'hôpital de Chalon-sur-Saône le jour même ; le lendemain de l'entrée, une incision large et profonde ne donne issue qu'à du sang, mais bientôt la suppuration s'établit ; elle devait durer trois ans ; il n'y a jamais eu d'élimination de séquestre.

Pendant le séjour du malade à l'hôpital de Chalon-sur-Saône, des abcès surviennent sur diverses régions du corps, d'abord à la face interne du bras gauche et de la jambe droite, puis à la face dorsale de l'avant-bras gauche.

Un an après le début, deux nouveaux abcès se développent, l'un à la partie inférieure du grand pectoral droit, l'autre sur la face antérieure du bras correspondant ; plusieurs petits abcès se forment également sur les cuisses ; de ces diverses collections, les unes sont incisées, les autres s'ouvrent spontanément : ces dernières laissent couler pendant un certain temps une grande quantité de liquide jaunâtre, visqueux, contenant des stries de sang noirâtre, que le malade compare à de la gomme, puis la suppuration s'établit. Quant aux collections qui sont incisées, elles ne donnent que du sang le premier jour, puis peu à peu le liquide sécrété devient visqueux et jaunâtre.

Ces abcès ne se cicatrisant pas, le malade vient à Paris et entre à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le Dentu, alors suppléé par un chirurgien du bureau central. Pendant un mois, on essaie successivement, sans obtenir aucune amélioration, les pansements phéniqués, les applications locales de teinture d'iode, l'iodoforme, l'eau boricuée, le vin aromatique. M. Félizet, remplaçant à son tour M. le Dentu, endort le malade et cautérise chaque plaie ulcéreuse avec le thermocautère et, après la chute des eschares, touche les ulcérations avec de la teinture d'iode. Cette intervention donne un résultat excellent : quinze jours après l'emploi du thermocautère, les plaies sont fermées et le malade part pour Vincennes. Il se considère comme guéri, et de fait, il peut travailler pendant trois ans sans avoir de nouvelles manifestations.

Mais, en 1889, sa santé commence à décliner de nouveau : une plaque indolente, sans connexion avec le premier abcès, apparaît à la face interne de la jambe gauche. Quatre mois plus tard, une fistule s'établit à ce niveau donnant issue à un liquide roussâtre et gommeux ; un second orifice, devenu également fistuleux, s'est ouvert récemment ; le placard induré, d'un brun rougeâtre, a l'étendue de la paume de la main ; il est encastré dans la peau comme une plaque de carton et est assez mobile sur les couches profondes.

C'est vers cette époque (avril 1889) que le malade se présente une seconde fois à la consultation de l'hôpital Saint-Louis. Il porte une ulcération située sur la voûte palatine derrière les incisives médianes, il se plaint de maux de tête et de douleurs dans les oreilles, on constate en outre un léger degré de surdité. Cet ensemble de symptômes fait penser tout d'abord à la syphilis, malgré les dénégations du malade, et le traitement institué consista en frictions mercurielles, gargarismes au sublimé alternant avec des gargarismes au chlorate de potasse, iodure de potassium administré à la dose journalière de 4 gr. Contrairement aux prévisions, l'ulcération prend une extension rapide, envahissant la gencive et la lèvre supérieure. Au bout de six semaines, les préparations mercurielles étant reconnues inefficaces, sont supprimées, mais le malade continue l'usage de l'iodure de potassium.

Peu à peu, les ulcérations de la lèvre se cicatrisent, mais celle de la voûte palatine ne devait jamais se fermer complètement.

Pendant les six mois qui suivent la rentrée du malade à l'hôpital Saint-Louis, nous n'avons rien d'important à relever, si ce n'est une inflammation chronique du sac lacrymal droit, qui par moments passe à l'état aigu et fait craindre à plusieurs reprises l'apparition d'un érysipèle.

En octobre 1889, un abcès du volume d'un œuf, se développe sans douleurs au niveau de la partie postérieure de l'échancrure costo-iliaque gauche, s'ouvre spontanément et se cicatrise en trois semaines, bien que le foyer n'ait pas été cautérisé.

A la même époque, les ulcérations qui depuis longtemps restaient stationnaires, reprennent une marche aiguë. La lèvre supérieure, très tuméfiée, porte sur sa partie droite une perte de substance régulièrement circulaire de 2 centim. de diamètre. Les bords de cette ulcération sont très nets, ils se continuent en pente douce avec le fond qui est inégal, recouvert d'un détrit jaune adhérent et rendu brillant par une couche de liquide gommeux. D'autres ulcérations plus petites, superficielles et de forme serpiginieuse, occupent la face interne de la lèvre supérieure. On y remarque aussi de longues crevasses irrégulières, rappelant les fissures qu'on observe dans la labialite syphilitique tertiaire. Au fond de ces sillons, il existe des brides cicatricielles qui paraissent être les vestiges de la poussée ulcéreuse survenue peu après l'entrée du malade à Saint-Louis.

La gencive supérieure en contact avec la lèvre malade n'est pas ulcérée, mais elle est tuméfiée, mamelonnée et laisse sourdre du pus au niveau du collet des dents qui sont mobiles et noirâtres. Il est bon de remarquer que, depuis plusieurs mois, le malade ne prenait aucune préparation mercurielle. Immédiatement en arrière de l'arcade dentaire supérieure, commence une ulcération qui recouvre toute la portion osseuse de la voûte palatine et se termine en arrière assez brusquement au niveau du bord adhérent du voile du palais. Cette grande ulcération, dont les bords extrêmement déchiquetés indiquent qu'elle résulte de la coalescence de nombreuses ulcérations plus petites, offrent une surface très inégale et pour ainsi dire bigarrée. Cet aspect tient à ce que les divers points de cette surface ulcérée ne sont pas à la même période de leur évolution : ici, par exemple, ce sont des placards exulcérés et tapissés d'un détrit jaunâtre ; là, des bourgeons saillants ou des parties dures, enfoncées, d'aspect scléreux. Ce mélange de cicatrices, de bourgeons

saillants et d'ulcérations à tendance extensive, le peu de profondeur des lésions qui certainement n'atteignent pas les os, la forme capricieuse des contours, sont les traits les plus importants de cette ulcération à physionomie toute spéciale.

Le voile membraneux, avons-nous dit, est intact ; pourtant, on remarque à droite de la base de la luette, un petit disque blanc qui ne se laisse pas enlever par le pinceau. C'est l'origine d'une ulcération qui devient rapidement anfractueuse et sectionne la luette. Malgré cette perte de substance, il ne se produit aucun trouble de la déglutition.

Les autres régions de la cavité bucco-pharyngienne, à savoir, la lèvre et les gencives inférieures, le plancher buccal, la langue, les joues, l'isthme du gosier, les amygdales et le pharynx, ne présentent aucune altération. Quelques ganglions cervicaux sont développés, mais indolents.

Le larynx ne paraît pas intéressé, la voix n'est pas modifiée, elle n'a jamais été enrouée.

Les fosses nasales, au contraire, présentent des altérations très profondes, mais à peu près indolentes : aussi le malade n'attire pas l'attention sur elles. Ce qui invite à les rechercher, c'est qu'il existe, depuis deux mois, au niveau du sac lacrymal droit une tumeur rouge et douloureuse. Depuis le début de l'infection, le malade est atteint d'une sorte de coryza chronique, il mouche abondamment, le liquide expulsé est consistant et jaune verdâtre ; le matin, il renferme souvent un peu de sang ; il n'y a pas d'ozène. M. le docteur Potiquet a bien voulu, sur notre demande, faire l'examen des fosses nasales. Il a constaté qu'au niveau du plancher de la narine droite la muqueuse est tomenteuse, ulcérée et présente une consistance spéciale. A peu de distance de l'orifice de la narine commence un trajet fistuleux de 2 centimètres de longueur qui aboutit à une surface osseuse dénudée. La narine gauche porte des altérations analogues. La cloison des fosses nasales est perforée de sorte que l'extrémité d'un stylet introduit dans la cavité gauche pénètre sans difficulté dans la cavité droite.

En présence d'accidents aussi menaçants, nous avons recours, une seconde fois, au traitement mercuriel sous forme de frictions, sans suspendre l'usage de l'iodure de potassium que le malade prenait depuis six mois. Cette nouvelle tentative n'est pas plus heureuse que la première. On doit cesser les frictions après quelques semaines, le mercure aggravant la stomatite malgré les lavages fréquents de la cavité buccale. Peu après, l'iodure causant des troubles digestifs est également supprimé.

Pour arrêter l'extension phagédénique des ulcérations, c'est au thermo-cautère que nous nous adressons. Sous l'influence de ce traitement pratiqué avec vigueur, la muqueuse de la voûte palatine se cicatrise rapidement, mais sa surface garde un aspect vaguement mamelonné. Sur le bord libre du voile du palais, à droite de la place où siège normalement la luette qui a disparu, on remarque une incisure antéro-postérieure d'un demi-centimètre environ de longueur à bords cicatriciels. Malheureusement la lèvre supérieure ne peut pas être cautérisée avec autant de suite et de ténacité, car l'ulcération labiale est extrêmement douloureuse. A plusieurs reprises, une cautérisation méthodique et profonde est faite sous le chloroforme, mais les souffrances sont si vives au réveil que le malheureux patient refuse bientôt de se laisser endor-

mir. Nous sommes donc obligés de nous borner à faire des cautérisations superficielles et incomplètes, incapables d'enrayer le mal.

L'ulcération de la lèvre, d'abord circulaire comme nous l'avons dit, devient ovulaire et intéresse presque toute la largeur de la lèvre supérieure, moins les commissures; en hauteur, elle occupe toute la muqueuse exposée à l'air sans empiéter sur la peau. Après l'élimination de la pellicule jaunâtre, d'aspect bourbillonneux qui la recouvre, on constate les caractères suivants qui, croyons-nous, donnent à la surface ulcérée un cachet spécial. *Les bords sont irréguliers, sinueux en certains points, dentelés et déchiquetés en d'autres. Partout ils sont coupés avec une remarquable netteté et, fait plus important, le fond de l'ulcération creuse des excavations au-dessous d'eux, les fouille et les décolle; aussi, en quelques points, les bords devenus libres se retournent en dehors, comme cela se voit dans les épithéliomas, mais ils gardent une certaine souplesse, et ne présentent pas cette induration ligneuse si caractéristique de néoplasies cancéreuses. Le fond de l'ulcération, anfractueux et végétant, pousse des prolongements dans divers sens, en particulier sous les bords, comme nous venons de le dire. Il est constamment baigné par une couche de liquide louche et brillant, d'où l'on voit émerger des mamelons hémisphériques jaunâtres qu'on prendrait, au premier abord, pour des pustules.*

Autour de l'ulcération, les parties molles sont le siège d'une tuméfaction blafarde et rénitente qui s'étale sur les joues et boursofle les paupières inférieures. Le côté droit de la face, plus déformé que le gauche, présente au niveau de la fosse canine une nodosité du volume d'une noisette, bien circonscrite, fluctuante et peu douloureuse. Cette collection est ouverte au thermocautère le 14 décembre 1889; il s'en écoule un liquide louche et visqueux, après quoi le foyer est vigoureusement cautérisé.

Le malade mouche maintenant (décembre et janvier 1890) du pus en abondance. Le jetage est souvent strié de sang, mais il n'y a jamais de véritables épistaxis. Parfois le malade expulse des croûtes volumineuses. Les douleurs à caractère névralgique qui occupent la tête et la face sont devenues plus intenses, particulièrement la nuit, et causent de l'insomnie.

Au mois de février 1890, l'ulcération a détruit toute la lèvre supérieure jusqu'à sa base adhérente à la gencive. Celle-ci est complètement à nu, mamelonnée, mais non ulcérée.

Vers le milieu du mois de février 1890, un abcès apparaît à la face interne du bras droit un peu au-dessus de sa partie moyenne. Un autre se forme sur le dos de la main droite: il est perdu dans un œdème qui bouffit toute la région. Le 22 février, ces deux collections sont ouvertes au thermo-cautère.

Au mois d'avril, l'abcès du bras n'est pas cicatrisé, mais sa cavité s'est beaucoup réduite et ne donne plus lieu qu'à un suintement. L'abcès de la main, au contraire, donne encore une grande quantité de pus visqueux à la pression et sa cavité explorée au stylet est profonde.

Le 7 avril 1890, le malade ressent du malaise et remarque une tuméfaction rouge et diffuse au niveau du grand angle de l'œil droit. Le lendemain la température est très élevée et la tuméfaction s'étend. Le 9, les paupières, le nez et les joues offrent un aspect qui rappelle celui de l'érysipèle. Le 10, le gonflement a acquis son plus grand développement, il reste dès lors stationnaire

jusqu'au 19. Toute la peau de la face est distendue par un œdème inflammatoire d'un rouge sombre qui boursoufle les paupières et triple le volume du nez. Toute la surface de celui-ci est parsemée de pustules jaunes, hémisphériques et pleines, du volume d'un grain de chènevis; il n'y a pas de phlyctènes.

Les narines sont obstruées par des croûtes noirâtres, épaisses, qui répandent une odeur extrêmement fétide. Les paupières sont agglutinées par du pus concret; au-dessous d'elles s'accumule une quantité considérable de liquide et quand on veut les écarter pour pratiquer des lavages, un jet de matière purulente est projeté à distance, comme cela s'observe quelquefois dans l'ophtalmie purulente des enfants. Ce pus est épais et mélangé de filaments d'aspect fibrineux. La muqueuse palpébrale paraît seule intéressée, car le réseau sanguin de la conjonctive bulbaire n'est pas injecté. La cornée et l'iris ne sont pas altérés. La sécrétion purulente est beaucoup plus abondante à droite qu'à gauche. Nous avons déjà dit que depuis le mois d'août 1889 le sac lacrymal de ce côté était enflammé et que le point de départ de la tuméfaction qui a envahi toute la face avait été le grand angle de l'œil droit.

Pendant le cours de cette poussée, une eschare partie de l'ulcération de la lèvre supérieure intéresse rapidement la narine droite dans toute son épaisseur. Cette eschare est divisée par des crevasses et limitée par un sillon d'élimination; de ces diverses fissures suinte un liquide louche et très fétide. Bientôt la partie mortifiée se détache, ouvrant largement la fosse nasale droite. Les bords de la perte de substance sont déchiquetés, grisâtres et exhalent une odeur infecte.

Après la chute de l'eschare nasale, la rougeur et la tuméfaction de la face diminuent; il y a une légère tendance à l'amélioration. Mais, peu après, à la fin d'avril, la lèvre inférieure, jusqu'alors presque intacte, devient énorme, rappelant par son aspect la labialite syphilitique tertiaire: c'est une tuméfaction symétrique, qui amplifie la lèvre sans la déformer, et la renverse en dehors de manière à laisser voir sur la face interne des exulcérations circulaires ou sinueuses à fond jaunâtre.

La voix s'altère; elle devient rauque, puis indistincte. La respiration s'embarrasse; la poitrine est remplie de râles, le malade rejette avec difficulté des matières sanieuses et fétides qui viennent probablement en partie des voies respiratoires.

L'état général devient très mauvais; la fièvre, constante depuis le début de la dernière poussée, prend un caractère franchement hectique; la température du soir dépasse celle du matin de 1°5. La diarrhée, qui était déjà apparue à plusieurs reprises, devient permanente et incoercible; elle est fétide. Les conjonctives prennent une teinte subictérique. La rate est volumineuse. L'urine est rougeâtre, un peu trouble: par l'addition d'acide nitrique, on obtient la coloration brun sale de l'hémaphéine et non la gamme colorée ou pigment biliaire. L'albuminurie est abondante. Les membres inférieurs et la paroi abdominale sont œdématiés; il y a de l'ascite.

Le malade présage sa fin prochaine, c'est dans cet état de marasme que le malheureux succombe le 21 mai 1890.

En résumé, ce long drame pathologique peut se diviser en trois actes ou périodes.

Le premier est caractérisé par les symptômes infectieux du début par l'augmentation des sécrétions nasales et surtout par l'apparition de nombreux abcès ayant une physionomie et une évolution spéciales. Grâce à l'emploi du thermocautère, ce premier acte se termine par une guérison apparente, qui se maintient pendant trois ans. Une aussi longue intermission n'a été notée, que nous sachions, dans aucun des cas qui n'ont pas guéri définitivement.

Le second acte est marqué par une nouvelle série d'abcès et par des ulcérations des fosses nasales, de la voûte palatine et des lèvres, altérations sur lesquelles nous reviendrons en détail.

Enfin, le troisième et dernier acte est rempli par la poussée de morve aiguë à laquelle le malade a succombé.

A. — PARTIE CLINIQUE

On pourrait croire, à la lecture de ce cas, que le diagnostic fut posé sans difficulté, et pourtant, la nature de l'affection ne fut soupçonnée qu'après plusieurs mois d'observation et ne fut définitivement établie que par les recherches expérimentales.

Quand le malade se présenta à Saint-Louis, il ne racontait pas son passé pathologique. Aussi la céphalalgie dont il se plaignait, l'ulcération palatine et les cicatrices multiples qu'il portait furent mises sur le compte de la syphilis. Ce qui rendait encore ce diagnostic plus vraisemblable, c'est que la céphalée présentait des recrudescences nocturnes, comme cela est déjà signalé d'ailleurs dans d'autres cas d'infection farcino-morveuse. Bien que le traitement spécifique ait complètement échoué une première fois, c'est encore à lui qu'on s'adressa lors de la seconde poussée. L'insuccès fut aussi complet ; non seulement le traitement antisiphilitique le plus énergique n'avait pas enrayé les accidents, mais ceux-ci avaient pris une marche extensive rapide, en quelque sorte phagédénique.

Il y avait donc lieu d'émettre des doutes sur la nature vénérienne des lésions. D'ailleurs, un nouvel examen du malade fut entièrement négatif ; à l'exception des cicatrices qui occupaient la place des abcès traités par le thermocautère, on ne relevait aucune lésion suspecte. Cette absence de tout reliquat de syphilis ancienne, jointe à l'échec du traitement spécifique et aux dénégations du malade, dont rien n'autorisait à suspecter la bonne foi, fit rejeter définitivement le diagnostic de syphilis.

Fallait-il penser à une forme maligne de la tuberculose cutanée ? Il ne pouvait être question d'un lupus vulgaire, car les nodules caractéristiques faisaient défaut et la lésion était, avant tout, ulcéreuse. La marche très rapidement extensive et destructive des ulcérations pendant les recrudescences, la guérison spontanée, presque parfaite, en un court espace de temps, à la suite de la première poussée, étaient peu en faveur de la

nature tuberculeuse des lésions. De plus, le malade ne présentait aucun signe de tuberculose viscérale, les poumons, en particulier, paraissaient sains. Les antécédents personnels et héréditaires étaient excellents ; le malade n'avait eu, dans son enfance, aucune trace d'affections strumeuses, telles que kératites, coryzas à répétition, écoulements d'oreilles, écrouelles, etc. En outre l'examen bactériologique, fait à plusieurs reprises, du liquide qui suintait des ulcérations et des fosses nasales, n'avait jamais fait découvrir de bacilles de Koch dans ces sécrétions. Bien que l'absence de localisations viscérales et le résultat négatif de l'examen du pus ne fussent pas certainement des motifs suffisants pour éliminer l'hypothèse d'ulcérations de nature tuberculeuse, ce diagnostic ne fut pourtant pas accepté, en raison des caractères objectifs et de l'évolution des lésions.

C'est alors que, par voie d'exclusion, on en vint à se demander si le farcin n'était pas l'origine de tous les accidents. Ce qui autorisait à faire cette supposition, c'est que le malade était charretier, détail capital qui n'avait pas suffisamment attiré l'attention lors du premier interrogatoire ; c'est aussi que le début de toute cette longue chaîne pathologique remontait à une époque où précisément ce charretier conduisait et soignait un cheval atteint de jetage et d'ulcérations chroniques qui forcèrent le propriétaire à faire abattre l'animal. L'expérimentation, comme on le verra dans la seconde partie de ce travail, a démontré que l'hypothèse d'accidents morveux était fondée.

Dans les cas de farcin chronique analogues au nôtre, c'est presque toujours la donnée étiologique qui met sur la voie du diagnostic. La contagion ne s'observe guère en effet que chez les individus exposés par leur profession à être souvent en contact avec des chevaux. Pourtant il existe quelques exemples de transmission indirecte : tel est le cas de cette blanchisseuse, dont parle Elliotson, qui mourut de la morve après avoir lavé le linge d'un cocher qui avait lui-même succombé à cette affection. En pareille occurrence, aucun souvenir suspect n'éveille l'attention du clinicien. Il y a donc intérêt à rechercher si les caractères objectifs des lésions et leur enchaînement ne sont pas suffisamment caractéristiques pour faire soupçonner la morve ou le farcin, alors même que les renseignements sont muets à cet égard.

Les lésions principales qu'on observe au cours de l'infection farcino-morveuse sont de deux ordres : des abcès multiples et des néoplasies ulcéreuses.

Lorsque les abcès se développent presque simultanément dans divers points, ils font inévitablement porter, à un premier examen, le diagnostic d'infection purulente. Il en était ainsi, par exemple, pour ne citer que les observations les plus récentes, dans les deux cas publiés par M. Bucquoy et dans celui de M. Millard. Nous ne parlerons par de cette forme aiguë du farcin que nous n'avons pas observée.

Quand les abcès apparaissent les uns après les autres, à plusieurs mois de distance, si le médecin n'a pas l'occasion de les étudier lui-même et si les renseignements fournis par le malade sont peu exacts, le diagnostic reste en suspens : on hésite entre des gommes syphilitiques ou tuberculeuses. Certains caractères de ces abcès peuvent pourtant donner l'éveil. C'est d'abord leur topographie ; presque tous siègent sur les membres, sous la peau ou dans les masses musculaires ; il en était ainsi dans notre observation ; pourtant, chez notre malade, deux abcès se sont développés sur le tronc, l'un dans le grand pectoral gauche, l'autre dans le flanc correspondant ; un troisième occupait la fosse canine droite.

Ces abcès peuvent avoir deux évolutions absolument opposées, et cela sur le même sujet, sans qu'on puisse saisir la raison de ces différences. Tantôt la collection se forme en quelques jours, s'ouvre spontanément et se cicatrise avec rapidité : telle a été, par exemple, la marche de l'abcès qui s'était développé chez notre malade dans l'échancrure costo-iliaque gauche. Tantôt, et plus souvent, la collection demeure fluctuante pendant un temps parfois très long avant de s'ouvrir et la cicatrisation est ensuite des plus difficiles. Notre malade, quand il entra pour la première fois à Saint-Louis, portait de nombreux abcès fistuleux qui dataient d'un an et qui ne guérissent qu'à la suite des cautérisations énergiques faites par M. Félizet,

Frappés de ces différences dans l'évolution de lésions en apparence identiques, nous avons étudié comparativement, au point de vue expérimental, deux abcès ouverts le même jour et siégeant sur le même membre, l'un au bras, l'autre à la main. Les inoculations nous ont prouvé que, dans les premiers jours, ces deux collections, étaient l'une et l'autre virulentes ; mais bientôt les inoculations faites avec le pus provenant de l'abcès du bras devinrent négatives, tandis que les animaux inoculés avec le pus de l'abcès de la main succombaient à la morve. Ce qu'il faut noter, c'est que du jour où l'abcès du bras devint stérile, la marche vers la cicatrisation fut rapide. Au contraire l'abcès de la main qui continuait à sécréter un pus virulent resta fistuleux jusqu'à la mort.

Ainsi donc, le bacille de la morve qui végète sur le milieu humain peut avoir une survie très variable. Il est intéressant de rapprocher ce qui se passe, en pareil cas, de ce qu'on observe lorsqu'on transplante ce même bacille dans des milieux artificiels. De même que certaines cultures peuvent périr en quelques jours et que d'autres placées dans les mêmes conditions conservent parfois leur vitalité pendant des mois ; de même, certains abcès deviennent rapidement stériles, c'est-à-dire guérissent, tandis que d'autres gardent leur virulence, c'est-à-dire passent à l'état fistuleux.

Les propriétés physiques du liquide sécrété par les abcès farcineux présentent parfois un aspect spécial : c'est une humeur louche, brillante, huileuse ou gommeuse, souvent striée de sang noirâtre, et que les vété-

rinaires désignent à cause de ses caractères objectifs sous le nom d'*huile de farcin*. Notre malade, interrogé sur les abcès dont il portait les cicatrices, comparait le liquide qui s'en écoulait à de la gomme ou à de l'huile, et nous avons eu plusieurs fois l'occasion de faire la même remarque sur les abcès qui ont apparu pendant que le malade était soumis à notre observation.

Quant aux cicatrices consécutives aux abcès, elles étaient parcourues par de petites brides saillantes et bordées par un limbe brunâtre. Nous n'insisterons pas davantage sur ces caractères, d'autant plus que les cautérisations ont peut-être une part dans les irrégularités que présentait le tissu cicatriciel.

Après les abcès multiples, les ulcérations des cavités buccale et nasale paraissent être les manifestations les plus fréquentes de l'infection farcino-morveuse.

Nous ne saurions dire si la physionomie toute spéciale qu'elles offraient chez notre malade est constante, car les observations publiées antérieurement sont peu explicites à cet égard.

Les régions intéressées dans notre cas étaient :

1° Les fosses nasales dont la muqueuse était ulcérée et la cloison perforée ;

2° La voûte palatine, qui présentait une large ulcération située immédiatement en arrière de l'arcade dentaire supérieure ;

3° Les lèvres qui furent progressivement rongées et partiellement détruites par une lésion qui mérite l'épithète de phagédénique. *Cette dernière localisation n'a été signalée dans aucune des observations antérieures à la nôtre.*

Ces diverses ulcérations avaient des caractères communs : toutes étaient de forme irrégulière et capricieuse, recouvertes d'un détritus jaune tapissant un fond inégal et mamelonné ; mais les unes, celles de la voûte palatine, étaient superficielles, n'intéressaient pas toute l'épaisseur du derme muqueux ; les autres, celles qui occupaient les lèvres, creusaient rapidement des excavations anfractueuses et profondes, fouillaient sous les bords qui, devenus libres, se renversaient en dehors comme dans certains épithéliomas et finalement détruisaient une étendue considérable de tissu. De toutes ces ulcérations, suintait le même liquide louche, gommeux ou huileux, brillant, dont nous avons déjà parlé à propos des abcès. Nous ne saurions mieux faire, pour compléter cette étude sommaire, que de renvoyer le lecteur aux passages de notre observation où sont décrites les ulcérations labiale et palatine que nous avons vues se développer sous nos yeux.

L'ensemble des faits que nous venons d'exposer nous permet, croyons-nous, d'établir la règle pratique suivante : *Chaque fois que des ulcérations des fosses nasales, de la voûte palatine et des lèvres présentant les caractères spéciaux que nous avons indiqués coïncident avec des*

cicatrices d'abcès qui se sont développés successivement sur diverses régions du corps et sur les membres en particulier, il y a lieu de penser à l'infection farcino-morveuse, de faire une enquête et de recourir à l'expérimentation.

Passons maintenant à l'étude des accidents aigus terminaux.

A la vue d'une rougeur diffuse qui part du grand angle de l'œil, gagne, en quelques jours, toute la face et la déforme, le premier diagnostic qui se présente à l'esprit, est celui d'un érysipèle ayant son point de départ dans les fosses nasales ulcérées et sortant par les points lacrymaux.

Nous pensons, néanmoins, pour les motifs que nous allons exposer, qu'il s'agissait, chez notre malade, non pas d'un érysipèle, complication intercurrente, mais d'une poussée ultime de morve aiguë, manifestation qui termine si souvent le farcin chronique. Nous trouvons, en effet, un ensemble de symptômes qui ne sont pas habituels dans l'érysipèle légitime.

1° La rougeur et la tuméfaction restèrent cantonnées à la face avec une grande fixité ; le cou et le cuir chevelu ne furent pas intéressés ; la tendance ambulatoire si particulière à l'érysipèle fit défaut.

2° La plaque inflammatoire n'était pas limitée par un bourrelet, elle se continuait insensiblement avec les parties saines.

3° La surface n'avait pas l'aspect grenu de la peau d'orange ; elle était au contraire lisse et distendue par l'œdème inflammatoire.

Ces caractères différentiels n'ont assurément qu'une valeur relative, mais ceux que nous allons énumérer ci-après nous semblent avoir une plus grande importance.

4° Le nez, qui était la région la plus déformée, était couvert de nombreuses pustules jaunes, hémisphériques, pleines, circulaires, du volume d'un grain de chènevis : ces pustules, qu'il ne faut pas confondre avec les phlyctènes de l'érysipèle, sont spéciales aux formes aiguës de la farcino-morve.

5° Les narines étaient obstruées par des croûtes noirâtres, épaisses, qui exhalaient une odeur extrêmement fétide.

6° La narine droite se mortifia et après la chute de l'eschare, les bords de la perte de substance laissèrent suinter un liquide huileux, fétide, et offrirent l'aspect spécial aux ulcérations morveuses.

7° Malgré des lésions aussi graves, les ganglions sous-maxillaires, cervicaux et préauriculaires paraissaient indemnes. On sait, en effet, que le glandage, si précoce et si pathognomonique dans certaines espèces animales, manque souvent chez l'homme.

8° Nous verrons, dans la seconde partie de ce travail, que le liquide pris au niveau de l'eschare nasale et que le pus de la conjonctive étaient virulents. Ce dernier était une culture presque pure de bacilles de la morve.

Cette poussée de morve aiguë à laquelle notre malade a succombé avait

été annoncée par plusieurs poussées pseudo-érysipélateuses qui avaient avorté. Depuis sept ou huit mois, il existait en permanence une tuméfaction du sac lacrymal droit, et il est à noter que le jetage et les ulcérations prédominaient dans la fosse nasale correspondante.

Lors de la poussée terminale, comme dans les poussées antérieures, la tuméfaction et la rougeur ont très exactement débuté par le grand angle de l'œil droit. Il semble donc que, dans le cas particulier, l'extension de l'inflammation spécifique s'est faite de la muqueuse nasale ulcérée à la peau par l'intermédiaire des voies lacrymales et suivant un mécanisme analogue à celui qui préside à la propagation d'un érysipèle né autour d'excoriations de la pituitaire. La lecture des observations suffisamment explicites permet de croire que le mécanisme que nous venons d'invoquer ne doit pas être très rare.

Nous terminerons cette étude clinique par quelques remarques sur le traitement et la prophylaxie.

Seules, les cautérisations au thermo-cautère ont donné de bons résultats. Par ce procédé, M. Félizet a réussi à enrayer les accidents pour une période de trois ans et, par ce même moyen, nous avons obtenu la cicatrisation de l'ulcération palatine. Nous avons la conviction que l'ulcération labiale aurait été arrêtée dans son extension, pour un temps du moins, si les cautérisations avaient pu être faites à ce niveau avec méthode.

Les mesures prophylactiques ont consisté à défendre aux malades de la salle de s'approcher du lit du patient, à prévenir les infirmiers des dangers de la contagion, à faire brûler les linges de peu de valeur et à faire immerger les autres dans une solution de Van Swieten, le sublimé étant l'antiseptique qui a le plus sûrement raison du bacille de la morve.

Le jetage est, comme on le sait, très virulent; le pus de la conjonctive, dans notre cas, l'était également. Quant à l'urine, peut-elle être un agent de transmission? Au moment de la poussée de morve aiguë, de l'urine de notre malade a été injectée à trois cobayes à la dose de 3, 4 et 5 centimètres cubes : ces animaux ne présentèrent aucun symptôme morbide. Toutefois ces expériences sont trop peu nombreuses pour qu'on puisse affirmer que l'urine n'est pas virulente. En effet, Philippowicz (cité par Berlioz, Th. Paris, 1887) a au contraire obtenu un résultat positif en inoculant l'urine d'une femme morte de la morve. Il aurait également trouvé deux fois des bacilles de la morve dans l'urine de cobayes morveux. Ces expériences sont donc à reprendre. On comprend combien l'étiologie et l'hygiène sont intéressées à la solution de ce problème.

B. — PARTIE EXPÉRIMENTALE

L'histoire clinique dont nous venons de retracer l'évolution et les prin-

cipaux symptômes, présentait une physionomie suffisamment caractéristique pour permettre de poser le diagnostic de morve avec une quasi-certitude.

Néanmoins, comme l'affection dont il s'agit est fort rare, *du moins en apparence*, à notre époque, et qu'il y avait un grand intérêt, au point de vue prophylactique et thérapeutique, à être fixé sur la nature des lésions observées chez notre malade, nous avons cru nécessaire de demander un complément de preuve aux recherches de laboratoire et particulièrement à l'expérimentation.

Dans cette étude, nous avons pris pour guide les recherches déjà anciennes des vétérinaires qui avaient démontré l'inoculabilité du virus farcino-morveux bien avant la période bactériologique contemporaine et les belles découvertes de MM. Bouchard, Capitan et Charrin, Lœffler et Schütz, Straus, etc., qui ont précisé et complété les remarquables travaux de leurs devanciers.

Nos recherches ont consisté :

1° En inoculations des diverses sécrétions du malade à des cobayes et à un âne ;

2° En cultures sur divers milieux nutritifs ;

3° En examens microscopiques des sécrétions du malade, de celles des animaux inoculés et des cultures.

1° Nos examens ont porté principalement sur le pus de trois abcès. L'un de ceux-ci siégeait dans la fosse canine droite, le second au bras, le dernier à la main du même côté. Le pus, recueilli au moment même où ces collections ont été ouvertes au thermocautère, a été fixé sur des lamelles qui ont été divisées en trois catégories.

a. — Celles de la première ont été colorées par la solution de Lœffler ou celle de Kühne. Les lamelles séjournaient quelques minutes dans ces bains colorants ; puis elles étaient passées rapidement dans une solution très diluée d'acide acétique, séchées et montées.

b. — Les lamelles de la seconde catégorie ont été traitées par la méthode de Gram.

c. — Les lamelles de la troisième ont été colorées par l'un des procédés usités pour la recherche du bacille de la tuberculose.

Ces divers modes de coloration nous ont permis de constater dans les collections ci-dessus mentionnées deux faits importants : d'une part l'absence de bacilles de Koch, d'autre part la présence de bacilles spéciaux que nous allons décrire brièvement. Ce sont des bâtonnets courts, à extrémités atténuées, rectilignes ou légèrement arqués, un peu plus épais que les bacilles de la tuberculose, dont ils ont à peu près la longueur. Jamais nous ne les avons vus former des amas compacts, ils étaient isolés ou groupés deux à deux, surtout au voisinage des amas de leucocytes. Un caractère important de ces bacilles, caractère qui d'ailleurs a été signalé par tous les auteurs, c'est qu'ils ne se colorent pas par

la méthode de Gram. Il est à peine besoin d'ajouter que les acides concentrés les décolorent complètement. Ces micro-organismes possèdent donc les caractères morphologiques et histo-chimiques du bacille de la morve.

En traitant certaines lamelles d'abord par la méthode de Gram puis par une solution de potasse caustique au dix-millième additionnée de fuchsine, nous avons pu constater que dans le pus de l'abcès de la joue il existait, en outre des bacilles de la morve colorés en rouge par la solution alcaline, des amas de microcoques colorés en violet par le Gram. Cette double coloration démontre que dans cette collection des bacilles de la morve étaient mêlés à des staphylocoques. Ces derniers n'avaient d'ailleurs pas pénétré secondairement par l'incision, puisque le pus qui a servi à ces recherches avait été recueilli au moment même de l'ouverture.

Dans les deux autres collections, le bacille de la morve ne paraissait pas être associé à d'autres organismes et les ensemencements faits avec le pus de ces abcès nous ont donné des cultures pures.

Nous avons étudié par les mêmes procédés le pus du jetage, celui de l'ulcération labiale, le liquide qui suintait du sillon d'élimination de l'eschare nasale. La recherche des bacilles dans ces lésions a été beaucoup plus laborieuse. Pourtant, nous avons retrouvé dans toutes ces sécrétions des bacilles ayant les caractères que nous venons d'énumérer, associés à des espèces microbiennes, plus ou moins nombreuses. Le liquide séropurulent très abondant qui baignait les conjonctives mérite une mention toute spéciale. Les bacilles y étaient nombreux, et les inoculations ont prouvé qu'il y avait une très grande virulence.

2° Le bacille de la morve n'ayant pas comme celui de la tuberculose une réaction caractéristique, les cultures et les inoculations sont bien autrement démonstratives que les examens microscopiques.

Nous avons obtenu des cultures du bacille de la morve sur les divers milieux nutritifs, même sur la gélatine placée à l'étuve et par conséquent liquéfiée. Nous ne parlerons que des cultures sur gélose glycinée, sur bouillon et sur pomme de terre.

Dans les tubes de gélose, quarante-huit heures après l'ensemencement, de petits disques presque transparents apparaissent le long de la strie. Le lendemain, ces disques s'élargissent, deviennent opalins et constituent par leur réunion une bande uniforme d'un blanc mat qui s'étale en couche continue sur toute la surface de la gélose et prend en vieillissant la nuance jaunâtre de l'ivoire.

Dans les cultures sur bouillon, on remarque, dès le lendemain de l'ensemencement, un trouble uniforme de la masse liquide et un amas blanchâtre au fond du tube. Si l'on agite légèrement le bouillon, on voit des filaments qui serpentent lentement dans le liquide comme des spirales de fumée.

Sur la pomme de terre, la culture s'étale sous forme de nappe d'as-

pect glacé qui, du quatrième au sixième jour, dans les cas les plus favorables, prend une teinte ambrée, puis brun rougeâtre. Beaucoup de cultures d'ailleurs n'atteignent jamais une nuance aussi foncée.

Cette coloration *spéciale* que développe le bacille de la morve cultivé sur la pomme de terre est, on le sait, presque *pathognomonique*. Ces cultures sont donc, avec les inoculations aux animaux, les deux moyens auxquels on doit avoir recours dans la pratique pour arriver sûrement et rapidement au diagnostic de la morve.

3° Parmi les animaux susceptibles de contracter la morve, les plus réceptifs paraissent être l'âne et le cobaye. Ce dernier, bien qu'il ne contracte jamais cette infection spontanément, semble être le réactif par excellence de la morve, comme l'ont démontré les recherches déjà anciennes de Christot et Kiener et les travaux récents de MM. Loeffler et Schütz et de M. Straus.

Nos inoculations ont été pratiquées sur des cobayes, au nombre de trente-six, et sur un âne.

Dans une première série, comprenant six cobayes, toutes les inoculations ont été faites sur le dos, soit par scarification, soit par injection sous-cutanée. La matière virulente qui a été inoculée au premier cobaye de cette série a été fournie par l'ulcération palatine, qui était la seule lésion farcino-morveuse que portait le malade quand ces premières recherches ont été entreprises.

Voici, en résumé, les symptômes et les lésions observés sur les cobayes de cette première série. Le second ou le troisième jour après l'inoculation, nous remarquons au niveau de la piqure une induration inflammatoire, sensible et rosée, qui augmentait de volume les jours suivants et était bientôt surmontée d'une croûte. Au-dessous de celle-ci existait une ulcération circulaire, profonde, taillée à pic, à fond bourbillonneux. Quelquefois de petits accès se développaient à la périphérie de l'ulcération maîtresse et la déformaient en se réunissant à elle. D'autres petites collections s'ouvraient au-dessous des bords de l'ulcération principale et les décollaient, si bien qu'après leur évacuation on observait tout autour du fond une couronne de logettes ou cavernules qui le rendaient irrégulier et anfractueux. Les ganglions correspondants se tuméfaient et devenaient parfois l'origine d'ulcérations analogues à celle qui occupait le point d'inoculation. Dans certains cas, qui n'appartiennent pas à cette série, nous avons vu les accidents ne pas dépasser cette première période, l'ulcère local, le chancre farcineux, se cicatrisait en peu de jours et l'adéno-pathie se terminait par résolution. Mais cet arrêt dans la marche de la maladie était rare. Presque toujours, les symptômes allaient en s'aggravant jusqu'à la mort. Chez les mâles, les bourses prenaient un développement considérable et tout à fait caractéristique. Dans quelques cas, des croûtes agglutinaient les paupières et obstruaient les fosses nasales. Dès le cinquième ou sixième jour, dans les cas rapides, l'animal perdait

sa vivacité, maigrissait, frissonnait, se ramassait en boule et avait une dyspnée qui se compliquait de tirage quand l'écoulement nasal était abondant, ce qui d'ailleurs était rare. Parfois les pattes s'œdématisaient vers la fin de la vie et la mort survenait à une époque très variable, du huitième au soixante-troisième jour.

A l'autopsie, nous constatons des nodules caséux ou puriformes dans les viscères abdominaux, particulièrement dans la rate qui n'était pas hypertrophiée et dans le foie. A plusieurs reprises, nous avons observé dans les poumons des plaques ecchymotiques parsemées de nodules. La plèvre et le péritoine étaient intacts, parfois quelques granulations morveuses étaient disséminées sur cette dernière séreuse. Les deux feuillets de chaque vaginale étaient séparés l'un de l'autre par une couche plus ou moins épaisse d'une matière blanche et concrète qui enveloppait complètement le testicule demeuré sain.

Par les méthodes indiquées plus haut, il était facile de déceler dans toutes ces lésions la présence du bacille de la morve et l'absence du bacille de la tuberculose.

Voici maintenant le détail de cette première série d'expériences :

Le 11 octobre 1889, le *cobaye* n° 1 est inoculé sur le dos avec une aiguille chargée d'un peu du liquide sécrété par les ulcérations de la voûte palatine du malade. Peu de jours après, un nodule inflammatoire se développe au point d'inoculation : il s'ouvre et donne lieu à une ulcération circulaire. L'animal maigrit rapidement et meurt le dix-septième jour (28 octobre).

Le 28 octobre 1889, le *cobaye* n° 2 est inoculé sur le dos avec une aiguille chargée d'un peu de liquide provenant de l'ulcération dorsale du *cobaye* n° 1. Un noyau inflammatoire se forme au point d'insertion et s'ouvre le septième jour, faisant place à une perte de substance de forme circulaire. Cette ulcération est le point de départ d'une adénopathie suppurée de l'aisselle gauche. Des ulcérations labourent les organes génitaux. Les fosses nasales, obstruées par des croûtes, contiennent du muco-pus en abondance. Les paupières sont ulcérées en certains points et agglutinées par du pus concret. Le dix-septième jour apparaît une paralysie du train postérieur portant sur la sensibilité et le mouvement. La mort survint le trente-deuxième jour (28 novembre). L'animal était alors dans un état de maigreur extrême ; il avait perdu 190 grammes depuis l'inoculation. L'autopsie montra : 1° de très nombreux nodules miliaires dans la rate ; 2° des foyers caséo-purulents siégeant dans les vaginales ; 3° des ulcérations de la muqueuse nasale qui était baignée de pus ; 4° une cavité anfractueuse contenant une grosse goutte de pus blanc jaunâtre et occupant deux corps vertébraux, vers la fin de la région dorsale. La moelle, à ce niveau, ne paraissait pas injectée, mais était moins ferme que dans les points sus et sous-jacents. Cette localisation tout à fait exceptionnelle explique la paraplégie. L'adénite axillaire ponctionnée pendant la vie et l'abcès vertébral contenaient de nombreux bacilles.

Le 23 novembre 1889, le *cobaye* n° 3 est inoculé sur le dos avec une aiguille chargée d'un peu de pus provenant de l'ulcération dorsale du *cobaye*

n° 2. Apparition d'une petite tumeur inflammatoire qui s'ouvre le cinquième jour, se transforme en ulcération profonde et circulaire qui s'accompagne bientôt d'un gros ganglion dans chaque aine et chaque aisselle. Les ganglions inguinaux s'ouvrent ultérieurement et deviennent l'origine de petits ulcères très creux, taillés à l'emporte-pièce et circulaires. Les bourses sont volumineuses. Les pattes se tuméfient et l'animal meurt le soixante-troisième jour (7 janvier 1890). Cette longue survie tient à ce qu'à un moment donné l'ulcération dorsale a diminué comme si elle tendait vers la guérison ; puis la lésion a repris sa marche extensive jusqu'à la mort. A l'autopsie, nous avons trouvé : 1° de nombreux nodules miliaires dans la rate, quelques nodules dans le foie ; 2° des masses concrètes, d'aspect caséux, remplissant les vaginales et ressemblant à de la matière tuberculeuse ; 3° des ganglions axillaires, également caséifiés ; 4° un vaste abcès de la face interne du membre postérieur droit. La tuméfaction énorme des pattes tenait à l'œdème des parties molles ; les os et les articulations étaient intacts. Nous avons constaté les bacilles spécifiques dans les nodules de la rate, les ganglions axillaires, la vaginalite et l'abcès du membre postérieur. Dans ce dernier, ils étaient associés à des diplocoques.

Le 28 novembre 1889, le *cobaye* n° 4 est inoculé sur le dos, par injection sous-cutanée, avec une goutte de pus extraite, pendant la vie, de l'adénite axillaire gauche du cobaye n° 2. Ce pus, nous l'avons vu, renfermait de nombreux bacilles de la morve. Le chancre farcineux développé au point d'inoculation ne s'ouvre que le neuvième jour. Plus tard, un abcès sous-cutané s'ouvre à la périphérie de l'ulcération dorsale. Le quinzième jour un abcès du volume d'une noisette apparaît au-devant du pubis. Le pavillon de l'oreille droite s'ulcère. Une collection purulente surmonte la jonction des os propres du nez et du frontal ; une autre occupe l'arcade sourcilière gauche. Du mucus agglutine les paupières. Les fosses nasales sont remplies de pus, ce qui occasionne un tirage intense. Les extrémités antérieures sont tuméfiées en forme de massue. L'animal, considérablement amaigri, frissonne et se met en boule ; il meurt le vingt-neuvième jour (25 décembre). L'autopsie montre : 1° que la rate est littéralement farcie de nodules du volume d'un grain de chènevis, occupant une étendue plus considérable que les parties saines ; 2° que l'abcès prépubien contient un pus blanc, très épais ; 3° que la tuméfaction des pattes est causée par un liquide louche qui infiltre les parties molles ; 4° que la pituitaire est injectée, érodée, couverte de pus. Cette obstruction des fosses nasales était l'unique cause du tirage, car il n'y avait aucune gêne à la circulation de l'air dans la gorge, le larynx et la trachée. Nous avons obtenu de belles cultures sur gélose avec le pus extrait de l'abcès prépubien.

Le 17 décembre 1889, le *cobaye* n° 6 est inoculé sur le dos, par injection sous-cutanée, avec une goutte de pus de l'ulcération dorsale du cobaye n° 4. Le chancre farcineux s'ouvre le sixième jour, c'est une ulcération circulaire à bords taillés à pic. Les ganglions inguinaux se tuméfient et l'un d'eux s'ulcère ultérieurement. Deux collections prépubiennes apparaissent l'une à droite, l'autre à gauche de la ligne médiane. La narine droite est obstruée par des croûtes. La mort n'arrive que le cinquante-neuvième jour (15 février 1890). L'autopsie montre : 1° des nodules miliaires dans la rate ; 2° dans les poumons,

cinq à six petites masses indurées du volume d'un pois. d'apparence ecchymotique, sur lesquelles tranchent dix à douze granulations miliaires blanches. Nombreux bacilles dans les lésions de la rate et des poumons. Cultures sur gélose et bouillon.

Le 7 mars 1890, le *cobaye* n° 11 reçoit, sous la peau du dos, deux centimètres cubes d'un bouillon de culture inoculé le 3 mars et provenant lui-même d'une culture sur gélose glycinée faite le 16 février avec un nodule de la rate du cobaye n° 6. Ouverture spontanée du nodule farcineux le quatrième jour ; on en exprime un pus homogène, crémeux, épais. Les jours suivants l'ouverture s'élargit et se transforme en une ulcération circulaire, très régulière, à bords taillés à pic, à fond tapissé d'un bourbillon gris jaunâtre. L'animal meurt le huitième jour (15 mars 1890).

Autopsie : 1° en sectionnant les bords de l'ulcération dorsale, on reconnaît qu'ils sont décollés sur plusieurs points ; dans le voisinage, il existe, trois à quatre petits abcès bien circonscrits, du volume d'une lentille, contenant un pus épais et bien lié ; 2° la muqueuse des fosses nasales est recouverte d'un muco-pus abondant ; 3° la rate renferme deux à trois nodules morveux ; 4° les autres viscères, y compris les testicules et leurs enveloppes, ne présentent rien d'anormal.

Dans une seconde série d'expériences, nous avons utilisé pour les inoculations le pus des abcès de la joue, du bras et de la main, recueilli au moment où ces abcès ont été ouverts. La plupart de ces inoculations ont été faites sur des cobays mâles, et comme la matière virulente était à peu près pure, nous avons fait nos injections directement dans le péritoine.

Cette manière de procéder, préconisée par M. Straus, est bien préférable à la première. En effet, quarante-huit heures après l'inoculation, nous observons d'une façon constante un gonflement des bourses qui prenaient en quelque temps des proportions considérables. En pareil cas, nous avons vu la mort survenir dès le quatrième jour. Mais la vie peut se prolonger bien au delà ; une ulcération se fait au point culminant de chaque bourse et par ces fistules les vaginales évacuent une partie de leur contenu, de sorte que si la mort arrive tardivement, les bourses ont à peu près repris leur volume habituel. A l'autopsie, nous trouvons les testicules presque sains, mais entourés d'une matière blanche formant une coque plus ou moins épaisse de consistance variable, quelquefois aussi ferme que du tubercule cru, plus souvent demi-liquide et puriforme. Dans plusieurs cas, nous avons noté une infiltration hémorragique siégeant dans la queue de l'épididyme.

Comme l'a bien fait ressortir M. Straus, cette vaginalite caséo-suppurée est absolument *pathognomonique*, et *constante* quand l'injection est faite dans le péritoine. Elle manque, au contraire, assez fréquemment quand la matière virulente est insérée sous la peau. En outre, tandis que la vaginalite n'apparaît qu'assez tardivement dans le cas d'inoculation

sous-cutanée, elle est déjà manifeste dès le second jour chez des animaux qui ont reçu la matière virulente dans le péritoine.

Nous croyons inutile de relater ici toutes nos expériences ; nous nous bornerons à rapporter celles qui nous paraissent les plus typiques,

Le 6 avril 1890, le *cobaye* n° 13 reçoit dans le péritoine 2 gouttes du pus de l'abcès de la main du malade. Le 6^e jour, l'animal a perdu sa vivacité, frissonne par instants, a tendance à se ramasser en boule. L'ensemble des régions scrotale, pénienne et anale figurent une masse du volume d'une grosse noix. Le fourreau de la verge est œdématié. La partie malade est rosée, tendue, mais indolente à la pression. Le septième jour, la tumeur s'est encore accrue, elle est maintenant fluctuante. La bourse gauche est ouverte avec une pointe rouge et de l'orifice on fait sourdre par pression un pus blanc, épais, crémeux, qui contient des bacilles très nombreux et sert à ensemençer des tubes de cultures. L'animal très affaibli meurt le treizième jour (19 avril 1890).

Autopsie : 1° dans le foie, trois à quatre gros nodules du volume d'un grain de chènevis à un pois, jaunes et fermes comme des tubercules crus ; 2° infiltrations hémorragiques circonscrites dans les poumons, ce sont probablement des infarctus ; 3° vaginalite double caséo-suppurée ; 4° pus dans la fosse nasale droite. Des pommes de terre ont été inoculées avec succès avec le pus de la vaginalite et le suc de la rate. Tous les nodules contenaient de nombreux bacilles.

Le 15 avril 1890, le *cobaye* n° 14 reçoit dans le péritoine environ une demi-goutte du pus de la vaginalite du cobaye n° 13, qui vient d'être ouverte avec une pointe rougie. Quarante-huit heures après, légère tuméfaction scrotale, prédominant à droite. Le septième jour, la masse scrotale forme une tumeur rose, rénitente, indolente, du volume d'une grosse noix. Le onzième jour, elle acquiert le volume d'une mandarine ; au point culminant de chaque bourse, on observe une coloration jaunâtre due à la matière caséuse vue par transparence. Ce pus contient une quantité innombrable de bacilles ; il sert à inoculer une pomme de terre sur laquelle se développe une culture caractéristique. Le quatorzième jour, un ulcère circulaire, taillé à l'emporte-pièce, siège au niveau de chaque bourse. Le vingt-sixième jour, l'animal très amaigri et très faible, a les paupières et les narines tapissées de croûtelles ; il ne tarde pas à mourir.

Le 20 avril 1890, le *cobaye* n° 15 reçoit dans le péritoine un centimètre cube d'eau stérilisée, dans laquelle on a délayé un gros tubercule du foie du cobaye n° 13. Quarante-huit heures après, la tuméfaction scrotale est déjà notable ; le sixième jour, elle égale le volume d'une grosse noix. Plus tard une ulcération circulaire occupe le point culminant de chaque bourse. L'animal a beaucoup maigri, il a perdu sa vivacité, se laisse prendre sans fuir ; il est immobile, ramassé en boule, frissonnant ; ses mouvements respiratoires sont précipités, son poil est terne et hérissé. Un liquide louche suinte des narines et des paupières. Les extrémités sont légèrement tuméfiées, notamment les antérieures. Mort le vingt et unième jour (11 mai 1890).

Autopsie : 1° le foie et la rate paraissent normaux ; 2° vaginalite caséo-suppurée ; 3° par la pression, on fait sourdre de chaque narine une très grosse goutte de pus.

Les développements dans lesquels nous sommes entrés nous autorisent, croyons-nous, à résumer comme il suit la série des opérations nécessaires pour arriver au diagnostic. Si l'on peut prélever sur l'individu soupçonné de morve un produit à peu près pur, celui-ci sera injecté directement dans le péritoine d'un cobaye mâle; si, au contraire, le produit recueilli est impur et susceptible de provoquer des accidents de péritonite septique, on fera bien de faire l'inoculation sous la peau, on surveillera l'état des ganglions et dès qu'ils auront acquis un certain volume, on les extirpera et l'on injectera dans le péritoine d'un cobaye mâle le liquide qu'on en aura exprimé.

On voit, en somme, que le diagnostic, pour être établi expérimentalement, n'offre aucune difficulté sérieuse. Il n'est nullement nécessaire, comme on le pensait autrefois, d'avoir recours aux solipèdes pour être fixé. Néanmoins, nous avons jugé que ce surcroît de preuve ne serait pas inutile pour entraîner la conviction. Sur notre demande, M. Trasbot, directeur de l'école vétérinaire d'Alfort, a bien voulu pratiquer sur l'âne une inoculation avec une de nos cultures de pomme de terre et il nous a appris que cet animal avait succombé à la morve.

CONCLUSIONS

Nous tirerons de cette étude les conclusions suivantes :

1° L'infection farcino-morveuse peut se prolonger pendant six ans ; cette exception à la règle n'est pas absolument rare ;

2° La maladie peut dans son cours rester silencieuse pendant un certain temps ; la durée de cette accalmie, que Tardieu croyait être toujours de courte durée, peut atteindre trois années ;

3° On doit penser à cette infection quand on voit survenir, après une série prolongée d'abcès sous-cutanés ou intra-musculaires, des ulcérations des fosses nasales, de la muqueuse buccale ou du voile du palais et une tuméfaction douloureuse de l'un des sacs lacrymaux coïncidant avec un suintement purulent des narines ;

4° Les abcès farcineux peuvent, après s'être ouverts, se terminer spontanément par la guérison ; mais le fait est rare. En pareil cas, on peut constater, à l'aide d'inoculations, que le pus qu'ils sécrètent perd rapidement sa virulence. Les abcès qui deviennent fistuleux semblent au contraire garder indéfiniment la propriété de transmettre la morve ;

5° Les ulcérations farcineuses se produisent surtout sur les muqueuses buccale et pituitaire ; notre fait paraît être le premier cas où elles aient envahi et détruit les lèvres ;

6° Elles ont succédé, chez notre malade, à des néoplasies d'aspect inflammatoire, elle ne sont donc pas, comme le pensait Tardieu, nécessairement consécutives à des abcès ; il n'y a pas eu de collections purulentes dans les lèvres de notre malade ;

7° Elles se différencient des ulcérations syphilitiques par leurs bords

irréguliers et déchiquetés, fouillés et renversés, leur fond anfractueux d'où émergent des mamelons jaunâtres, leurs vastes décollements, la vive coloration rouge violet des parties qui les entourent, l'aspect huileux du liquide qu'elles sécrètent, et leur résistance au traitement spécifique. Leur puissance destructive est si considérable qu'elles peuvent aboutir en peu de jours à la disparition complète de la partie atteinte, telle que la lèvre supérieure, et amener une déformation étrange et hideuse ;

8° La poussée aiguë terminale peut avoir pour point de départ la pituitaire ulcérée ; elle se propage par les voies lacrymales, comme le fait l'érysipèle dans les mêmes conditions ; mais certains caractères permettent de la différencier d'une complication érysipélateuse ultime ;

9° Parmi ces signes différentiels, il faut signaler l'absence d'engorgement ganglionnaire, la formation d'eschares profondes avec destruction rapide des tissus et enfin une éruption fistuleuse qui peut rester limitée aux téguments du nez ;

10° Contrairement à la règle, la poussée de morve aiguë, ordinairement fort courte, peut dépasser quarante jours ;

11° Le pus du jetage et de l'ulcération labiale, le liquide qui suintait du sillon d'élimination de l'eschare nasale, et tout particulièrement le pus de la conjonctive, étaient très virulents ; au contraire, l'urine recueillie au moment de la poussée de morve aiguë et inoculée à des animaux a donné des résultats négatifs ;

12° Dans toutes les sécrétions virulentes, nous avons trouvé le bacille spécifique de la morve mêlé à des espèces microbiennes plus ou moins nombreuses ;

13° Dans le pus contenu dans des collections non ouvertes, le bacille était à l'état de pureté ou associé au staphylocoque ;

14° Les deux moyens pratiques pour arriver rapidement au diagnostic de la morve sont les cultures sur pommes de terre qui prennent en quelques jours une couleur brun rougeâtre caractéristique, et les inoculations dans le péritoine de cobayes qui sont suivies du développement, dans les quarante-huit heures, d'une vaginalite caséo-suppurée caractéristique ;

15° Le seul traitement efficace est la cautérisation avec le fer rouge.

FARCINOSE MUTILANTE DU CENTRE DE LA FACE SURVENUE AU COURS D'UNE ÉQUINIA CHRONIQUE. DÉBUT PAR MORVE PULMONAIRE. GOMME FARCINEUSE UNILATÉRALE SOLITAIRE. — MORVE RÉNALE MORT PAR LE REIN.

Par M. ERNEST BESNIER.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une de ces mutilations du centre de la face que les anciens dermatologistes désignaient sous le terme générique de *lupus*, le thème classique actuel de la différenciation comprend

exclusivement la lèpre, la syphilis, la tuberculose, dont le lupus actuel est partie intégrante, l'épithéliomatose, ou encore quelques lésions hybrides, syphilis et tuberculose, cancer et syphilis, pour ceux qui les admettent ; mais il ne comprend pas la morve. Non pas que l'on ignore que l'équinia puisse déterminer, chez l'homme, des ulcérations du centre de la face, mais parce que l'on ne se représente cette maladie que dans sa forme aiguë, avec les lymphangites, les gangrènes, le coryza, le flux nasal, etc., et non sous une forme lente ou chronique, longtemps conciliable avec la conservation de la santé générale, et en dehors de tout état de septicité fébrile. C'est en raison de cette lacune de nos connaissances que l'on a pu méconnaître, jusqu'à présent, les cas de cet ordre, qui ne sont certainement pas d'une rareté absolue ; j'ai, pour ma part, dans cet hôpital, la certitude de les avoir méconnus au moins deux fois, peut-être trois, avant la période bactériologique actuelle. S'ils ont été décrits, ou figurés, quelque part, je ne puis dire où, en ayant, vainement, cherché la trace.

Quoi qu'il en puisse être, cette obscurité ne doit pas durer, et elle aura cessé certainement à partir de la communication de MM. Hallopeau et Jeanselme, et après celle que je vais avoir l'honneur de vous faire.

J'avais formé le projet de présenter, dans cette session plénière, le malade qui en est l'objet, il a malheureusement succombé, il y a huit jours, un peu plus tôt que je l'aurais supposé, et je ne pourrai mettre sous vos yeux que le moulage polychrome, et la photographie aquarellée des lésions dont il était atteint — pièces 1513 et 1571 du Musée de St-Louis, et photochromies n° 1571 bis, 1 et 2. — Mais ces reproductions équivalent, à bien peu de chose près, à la réalité ; elles sont merveilleuses d'exactitude et de précision, comme tout ce que produisent nos deux admirables artistes, Baretta et Méheux.

1. — Le malade était un jeune homme de vingt-cinq ans, successivement palefrenier, conducteur de chevaux et charretier, professions qui n'ont pas été connues d'emblée, car il avait déclaré qu'il était garçon marchand de vins. Il était venu à Paris pour se faire soigner, et entra à l'hôpital Saint-Louis au mois de mai 1890, présentant, au centre de la face, des lésions mutilantes qu'il disait exister depuis cinq mois seulement, et qui donnaient, tout d'abord, l'idée d'une syphilis térébrante ; non pas qu'elles en présentassent sur tous les points le caractère strict, mais parce que, sur quelques-uns de ces points, la comparaison était possible.

Ainsi qu'on peut le voir sur la pièce 1513, moulée au moment de l'entrée du sujet, le centre de la face est occupé par une série ininterrompue d'infiltrations, d'ulcérations, et de pertes de substance qui, commençant à la partie médiane de la racine du nez, gagnent le canal lacrymal jusqu'à l'angle interne de l'œil droit, contournent le sac lacrymal ainsi que son

atmosphère sous-palpébrale, détruisent une grande partie du dos du nez au-dessous, érodent le sillon naso-jugal droit, atteignent la lèvre supérieure qu'elles occupent dans sa totalité, en y creusant une vaste échancrure *en bec-de-lièvre*, laissant à nu le rebord gingival et les incisives médianes supérieures; s'étale à la face postérieure de ce qui reste de la lèvre, en se prolongeant vers les joues, franchit les interstices dentaires, et envahit la totalité de la voûte palatine, y compris le voile, mais ne s'étend pas au pharynx proprement dit. Quand j'aurai mentionné sur la paupière inférieure gauche une dépression cicatricielle avec ectropion léger, vestige d'un foyer éteint; sur l'avant-bras gauche, à la région postéro-interne, une large cicatrice adhérente au cubitus, dont j'aurai à reparler; et, sur le bras du même côté, à l'insertion inférieure du deltoïde, une cicatrice chéloïdienne consécutive à un cautère, j'aurai achevé le relevé complet des altérations existantes, dont il ne me reste plus qu'à fixer, par quelques traits, les caractères propres.

II. — Sans exception, partout où il y a une lésion en acte, elle repose sur une base infiltrée rouge, livide, pâteuse, laquelle envisagée dans le contour périphérique, représente une zone ininterrompue qui sépare leur ensemble de la peau saine, d'une manière vague et en se diffusant, dépassant toutes les altérations, alors même qu'il y a partiellement un ourlet ou un bourrelet. Cette zone livide apparaît, mieux marquée, sur la photographie aquarellée que sur la pièce moulée.

C'est sur cette base préalable, livide, pâteuse, que se développe la lésion élémentaire, le bouton farcineux, rapidement élevé sous forme d'une saillie toujours de petit volume — d'un grain de millet à une lentille — et qui, rapidement aussi, se ramollit en teignant la nappe livide de petits points jaunâtres, au niveau desquels se fait une perforation qui laisse échapper un liquide puriforme abondant, peu concrescible. Très rapidement encore, cette surface ouverte s'accroît en se dentelant irrégulièrement; mais, au bout de peu de jours, ce mouvement de surface s'arrête, et l'ulcération se continue insidieusement en dessous, décollante, et formant un ulcère creux, à bords infiltrés, décollés, dont le fond est plus large que l'ouverture. A très peu de choses près, cette lésion est celle que l'on connaît, en vétérinaire, sous le nom de chancre farcineux, celle que l'on peut déterminer directement par première inoculation. Lorsque plusieurs de ces ulcérations coexistent, leurs bords de contact disparaissent, et c'est ainsi que se forment les pertes de substance qui ont détruit une grande partie de la portion droite du nez, où elles ont creusé une vaste fenêtre ovulaire, de 2 centimètres et demi dans son grand diamètre, à bords assez nets, cerclés par des ébauches cicatricielles, et laissant à nu la cloison des fosses nasales dans toute son étendue.

Mais, considérée isolément, chacune des proliférations tuberculo-gommeuses, véritables gommès farcineuses, n'a qu'une durée limitée; et

tandis que son fond sécrète encore avec abondance le pus caractéristique, il se fait, à la périphérie, un processus d'arrêt, une sorte de bourgeonnement cicatriciel, laissant, au milieu des vastes ulcérations composites, un mélange tout à fait caractéristique de lobules, de mamelons, de toutes les formes et de dimensions très variées, qui produisent un aspect irrégulièrement granuleux et déchiqueté, comme vermoulu, vraiment particulier. La lésion de la lèvre supérieure en donne la représentation la plus complète. Très rapide dans la première phase, ce processus devient tout à fait lent, chronique dans les périodes suivantes, s'éternisant sur place, creusant en dessous, déchiquétant les bords, et — caractère de première importance — fournissant, en abondance, le pus jaunâtre qui remplit toujours les dépressions, et qui ne manque jamais, aussi longtemps que la lésion est en activité.

Sur tous les points, les deux processus de cicatrisation et de repullulation coexistent. Si l'on veut bien examiner successivement la pièce 1513 moulée en mai 1890, et la pièce 1571 moulée en février 1891, on verra sur le côté droit du nez qu'à la place d'ulcérations associées, larges, profondes, à fond étagé et à ourlet épithélioïde, ouvrant largement la joue et la face latérale du nez, en mai 1890, on ne trouve plus, en février 1891, au milieu d'une nappe livide infiltrée, qu'une perforation beaucoup moins grande, rétrécie par cicatrisation ; mais, sur la zone externe de cette cicatrice, la bordure livide infiltrée s'est étalée dans toutes les directions et on y constate des cupules farcineuses récentes, que l'on retrouve très bien indiquées sur la photochromie qui a été exécutée, aussi, en février 1891.

Considérée dans son ensemble, et dans son évolution chronologique, la lésion a reproduit le même caractère. Après avoir, en cinq ou dix mois (les évaluations du malade ont varié), occupé toute la surface qu'elle avait à la fin de la vie, elle est restée ensuite dix mois sans dépasser beaucoup la limite première, proliférant, détruisant et réparant, sur place, selon un plan tout à fait caractéristique.

Mêmes remarques pour les lésions de la cavité buccale que nous avons suivies pendant des mois, sans voir s'élargir notablement leur cercle.

Sur la voûte palatine — examinez en la renversant la pièce 1571 — on voit sur un fond rouge tomenteux et ponctué d'un grand nombre de points cicatriciels déprimés, une série de dépressions, arrondies en cupule, du diamètre de 1 à 5 millimètres, occupées par un pus jaunâtre adhérent. Plusieurs sont polycycliques par réunion de cupules voisines. Cela était ainsi à tous les examens.

Partout, même à la voûte palatine, indolence absolue ; aucune doléance de la part du malade, pas de dysphagie proprement dite ; pas de salivation ; rien qui ressemblât à un jetage.

Le point où les lésions ont débuté — sur le côté droit du nez, là où

existe la vaste perte de substance — semble correspondre à la jonction du canal nasal et du canal lacrymal ; c'est par cette voie que l'infection morveuse du centre de la face paraît avoir fait invasion. Mais à aucune époque il n'y aurait eu de morve intra-nasale proprement dite, ni coryza, ni jetage ; nous n'avons jamais pu en constater nous-même.

C'est à la même époque, peut-être un peu avant, que s'est développée, à la région de l'avant-bras gauche, la lésion dont la cicatrice a été relevée plus haut, et qui a succédé à une gomme farcineuse, la seule qu'ait eue le malade et qui, après trois mois, s'est terminée par cicatrisation spontanée. Nous verrons tout à l'heure de quelle manière on peut reconstituer l'enchaînement des actes de ce drame morbide singulièrement obscur.

III. — Au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, il était impossible de ne pas, à l'examen des lésions, penser à l'existence d'une syphilis mutilante. A la vérité, les altérations de la lèvre supérieure étaient bien extraordinaires par l'irrégularité de leur contour et le mammelonnement de leur fond ; mais les lésions du nez, formées d'ulcérations polycycliques à fond étagé jaunâtre, à bords nettement figurés — pièce 1531 — avaient un aspect incontestablement syphilitique. Aussi, bien qu'aucun antécédent de syphilis ne pût être relevé chez le malade, en raison de la cicatrice de la région cubitale de l'avant-bras gauche, adhérente au périoste, et en tenant compte de la rapidité avec laquelle s'étaient développés les accidents que, dans un premier interrogatoire, contredit ultérieurement, le malade ne faisait remonter qu'à cinq mois, était-il nettement indiqué de faire l'épreuve thérapeutique du traitement antisypilitique. C'est ce qui fut fait à l'aide de frictions quotidiennes d'onguent napolitain à la dose de 4 gr., et d'administration de l'iodure de potassium à la dose de 6 gr. par vingt-quatre heures.

Une certaine réduction des altérations sembla d'abord se produire ; mais il fallut bientôt constater que les lésions restaient stationnaires, et abandonner le traitement et le diagnostic premiers. Chez ce malade, ainsi que chez tous ceux qui, arrivant à l'hôpital, sont soignés par un moyen quelconque, cette première amélioration momentanée peut donner un instant le change ; mais quand il s'agit réellement de lésions syphilitiques, l'action, un peu hésitante dans les premiers jours, s'accroît au contraire rapidement, et progresse de manière à lever bientôt tous les doutes. Voici — pièce 812 — le moulage d'un mutilé syphilitique qui se faisait traiter, de province à Paris par correspondance, aux soins d'un empirique connu ; entré dans mon service, et moulé en février 1882, il était guéri en mars ; voilà — pièce 821 son moulage exécuté un mois après.

Ainsi qu'on le voit par cette pièce, et par ces photographies, il n'y a, en réalité, aucune analogie entre le cas de ce sujet et notre malade atteint de morve ; et la démonstration peut se continuer par la compa-

raison des principaux types de syphilis mutilante du centre de la face, contenus dans notre musée, — par exemple : pièce 477 de la collection de M. Péan ; pièce 769, du musée de Saint-Louis ; pièce 239, de la collection de M. Fournier, etc.

Le diagnostic du lupus, proprement dit, n'a jamais paru vraisemblable ; en aucun point des lésions, ou des tissus qui les environnent, il n'y a eu un seul élément imputable à la tuberculose lupique. Aucune analogie n'existe entre la suppuration profuse, constante, fluente des ulcères morveux, et la sécrétion condescible des surfaces lupiques : on chercherait, en vain, dans la riche collection des mutilations lupiques du centre de la face de notre musée, rien qui ressemble au cas actuel par un point quelconque.

La supposition d'une tuberculose maligne naso-buccale ne supportait pas davantage l'examen ; nulle part, il n'y avait de granulation tuberculeuse ; les lésions étaient d'une indolence absolue ; il n'y avait aucun signe de bacillose pulmonaire, ou autre.

Rien, non plus, ne permettait de penser réellement à un cas d'épithéliomatosse maligne, analogue, par exemple, à celui qui a été présenté par M. Vidal, en 1889, à la réunion des médecins de Saint-Louis, et dont voici les pièces moulées : numéros 1454, 1457 : l'indolence absolue des lésions, leur mollesse leur suppuration profuse, leur tolérance absolue à la médication iodurée et mercurielle, tout concourait à éloigner cette idée.

Il ne restait plus pour chance d'éclairer la question que l'étude bactériologique des altérations, et elle allait être exécutée, lorsque mon savant collègue, M. Hallopeau, au premier examen qu'il fit de mon malade, déclara, sans hésiter, que ces altérations étaient du même ordre que celle du sujet de son observation, et qu'il faisait, et donnait comme ferme, le diagnostic de farcin chronique. Mon savant collègue M. Quinquaud, qui a bien voulu se charger, avec le concours de M. le professeur Trasbot, des recherches d'inoculation aux animaux, vous exposera tout à l'heure avec quel luxe de preuves ce diagnostic clinique a été confirmé ; mais avant que ces expériences ne fussent terminées, l'examen du malade et son interrogatoire, remis dans la direction normale, aboutissaient à une certitude véritable. Sur le premier des deux ânes inoculés, les altérations étaient un peu lentes à se manifester, et M. le professeur Trasbot m'exprimait ses doutes, sans ébranler ma conviction.

IV. — Il me paraît hors de contestation que, pour tous ceux qui auront bien examiné les pièces et les dessins que je viens de produire, et qui, en présence d'un cas analogue, mèneront l'enquête dans la direction régulière, le diagnostic clinique de la farcinose chronique de l'homme pourra être aisément établi ; mais la morve, chez l'homme comme chez l'animal, est une maladie si essentiellement protéiforme, qu'il y aura toujours à compter avec les cas frustes, ou imprévus, et que l'étude bacté-

riologique et expérimentale des cas d'ulcères de nature douteuse doit faire aujourd'hui partie de l'enquête dirigée par tous les médecins, pour un cas de ce genre. Grâce aux travaux de Saint-Cyr, d'Hertwig et de Galtier, de Straus, etc., etc., il n'est aucun praticien qui, réglée comme elle l'est aujourd'hui, ne puisse l'exécuter personnellement. L'inoculation aux animaux, et les cultures, sont les seuls moyens de certitude, car la recherche directe du bacille caractéristique, dans les tissus les plus manifestement morveux, dans le bouton farcineux le plus net, peut présenter des difficultés considérables, et même demeurer entièrement négative sur un élément de tissu qui, inoculé à un animal déterminera cependant, chez celui-ci, une morve bacillaire extrêmement riche. Ces recherches ont autant d'importance, au point de vue du malade, qu'un traitement appliqué près du début pourra peut-être sauver, que, sous le rapport des mesures de prophylaxie qu'il y a urgence d'établir autour de lui. — Voici en très peu de mots leur principe et leur mode d'exécution.

Les recherches du professeur Saint-Cyr ont établi que l'âne constitue le meilleur terrain pour l'essai des produits supposés morveux ; 99 fois sur 100, l'âne succombe dans un délai de cinq à vingt jours avec les lésions viscérales caractéristiques. Mais ce moyen de diagnostic est assez onéreux, et on peut arriver à un résultat pratiquement suffisant, aisé et rapide, par l'inoculation au chien, chez lequel on obtient, dans l'espace de trois à cinq jours, un chancre morveux caractéristique très riche en bacilles spécifiques. L'inoculation — Hertwig et Galtier — doit être faite par friction sur une surface scarifiée superficiellement à la peau du front pour éviter que l'animal ne se gratte et ne lèche la plaie. L'accident — quand l'inoculation est faite à la peau — est purement local, et guérit sans compromettre l'existence de l'animal. Indépendamment des caractères du chancre morveux qui sont spécifiques, on obtient ainsi la constatation facile des bacilles de la morve, lesquels ne peuvent être aisément décelés que dans les lésions aiguës. La culture sur pomme de terre permet très facilement, et très rapidement, de reconnaître les colonies d'une couleur jaune fauve caractéristique, arrivant à la teinte chocolat clair (1).

Straus a montré qu'inoculée dans la cavité péritonéale d'un cobaye mâle, la matière contenant le bacille de la morve détermine, dans les quarante-huit ou dans les soixante-douze heures, une tuméfaction des testicules. Et si, dans ces délais, on voit les testicules faire saillie à l'anneau, et se tuméfier, on sera déjà en droit d'affirmer, presque avec certitude, que l'animal qui a fourni le liquide d'inoculation est atteint de la morve. Du huitième au dixième jour, cette tuméfaction a acquis des pro-

(1) Voy. NOCARD, art. *Morve* de l'*Encyclopédie d'hygiène* de Rochard (Paris, 1890), p. 96, et THOINOT et MASSELIN. *Précis de microbiologie médicale et vétérinaire*, art. *Morve*, p. 227.

portions considérables, et l'animal succombe en quatre à douze jours, présentant les caractères de la morve (1).

Des résultats plus rapides encore peuvent être obtenus par injection sous-cutanée, à l'aide d'une seringue de Pravaz, sur le mulot ou sur la souris des champs, qui succombent avec des lésions viscérales caractéristiques dans le délai très court de quatre à quinze jours.

V. — Il ne me reste plus maintenant qu'à compléter, par quelques détails d'importance majeure, le tableau de ce cas remarquable :

C'est quatre ou cinq ans avant sa mort que le malade a contracté la morve, non seulement d'après les dates qu'il a assignées au moment où il a conduit et pansé un cheval morveux, mais encore d'après l'enchaînement et la série des phénomènes.

Le premier acte a été la *morve chronique pulmonaire*. Pendant plus d'une année, cet homme, jusque-là vigoureux et sans aucun antécédent tuberculeux, a été en proie à une toux incessante, avec sueurs nocturnes, expectoration abondante, perte de l'appétit, amaigrissement, perte des forces. Rien avant, — particulièrement pas de lésions nasales, pas d'épistaxis, pas de coryza ni d'écoulement nasal ; après dix-huit mois ou deux ans, tout semblait rentré dans l'ordre. Si extraordinaire que cela paraisse, l'étude de la morve pulmonaire du cheval est encore plus étrangement latente. C'est alors que se place l'apparition de la gomme farcineuse de l'avant-bras gauche, que le malade déclarait contemporaine du début des lésions nasales, sans que nous ayons jamais pu obtenir de certitude sur la priorité de l'une sur l'autre.

Quant au début par le canal nasal droit, il nous paraît établi par le siège même de la lésion initiale, et par la destruction de la paroi correspondante ; depuis ce moment, c'est sur la peau, et surtout de haut en bas et d'avant en arrière vers la voûte palatine, que s'est fait le progrès et l'envahissement.

Du début des accidents à la mort, il ne s'est jamais produit, en aucun autre point, des articulations, de la surface entière du corps, aucune des altérations que l'on peut observer dans le cours de la morve chronique. Un seul organe après le poumon, le rein a été atteint, et il existait déjà au moment de l'entrée du malade, dix mois avant sa mort, une néphrite albumineuse, une oligurie paroxystique dont les paroxysmes, allant en se rapprochant et en s'aggravant, s'accompagnaient de dépression mélancolique, et résistaient à tous les moyens employés.

Depuis l'entrée du malade à l'hôpital jusqu'à sa mort, les lésions, qui, au début, avaient été rapides, n'ont progressé que très lentement ; mais la formation des boutons farcineux et la suppuration étaient incessantes ; l'affaiblissement continu. Au moment des expérimentations sur la méthode

(1) J. STRAUS. *Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique* 1^{re} série, t. I, 1889, p. 460, et *Essai de vaccination contre la morve, Contribution à l'étude de la morve du chien*. *Eod. loco*, p. 489.

de Koch, le malade, qui réclamait vivement les injections, a été trouvé trop faible pour y être soumis.

Parmi les divers pansements locaux, qui ont été, en très grand nombre, appliqués, l'iodoforme et le naphthol camphré ont été certainement les plus actifs pour réduire la suppuration, et limiter la formation des boutons farcineux nouveaux.

Au commencement de mars, l'action du naphthol camphré, appliqué sur toutes les surfaces en évolution avec grand soin par le malade lui-même avait amené une diminution manifeste du processus farcineux ; la suppuration avait diminué dans de grandes proportions ; mais, aussitôt, un ganglion olivaire, indolent, de la région sous-parotidienne gauche se tuméfia et se ramollit, sans tendance à s'ouvrir au dehors, et sans aucune rougeur à la peau.

On avait commencé l'usage du naphthol camphré à la dose d'une goutte par repas à l'intérieur, quand se manifesta un dernier paroxysme oligurique, qui prit, dès l'abord, une grande intensité avec dépression vive. Le lait, la lactose, etc., restèrent sans effet ; tous les toniques échouèrent et le malade succomba, en huit jours, à des accidents de toxémie mixte, urémique et morveuse, avec de la céphalée, et des secousses convulsives dans la dernière journée — une dyspnée intense, ultime, sans phénomènes fébriles : voici le tracé de la température rectale de la dernière semaine ; de 37°,8 la température s'abaissa régulièrement chaque jour d'un ou deux dixièmes jusqu'à 37°, et ne remonta que six heures avant la mort, où elle atteignit 38° Centigr. dans le rectum.

VI. — L'autopsie pratiquée dans les délais les plus courts possible, après la mort, a donné, au point de vue macroscopique, les résultats suivants recueillis par mon interne M. Leredde.

Poumons emphysémateux en avant, congestionnés en arrière et aux bases, sans autre lésion quelconque. Aucune trace de tuberculose. Aucune granulation miliaire morveuse en aucun point. Intégrité des plèvres qui ne contiennent pas de liquide et sont libres de toute adhérence. Ganglions du hile, normaux ; nulle ecchymose en aucun point. Larynx et épiglotte, fosses nasales et cornets sains, entièrement.

Foie, 1326 grammes, gras, noix muscade, sans granulations miliaires.

Rein, droit, 195 grammes ; gauche 214 ; gros, mous, marbrés d'étoiles rouges sous la capsule.

A la section, congestion intense des pyramides. Substance corticale moins augmentée que la substance médullaire, présentant des vaisseaux très apparents, et un parenchyme lardacé friable.

Péritoine sain ; aucun ganglion apparent ni altéré dans le mésentère.

Rate, 105 grammes, sans aucune altération macroscopique.

Testicules, sains.

Tous ces détails, seulement au point de vue macroscopique, et sous la

réserve de ce que montreront l'examen histo-bactériologique et les cultures ou les inoculations qui ont été faites avec le sang pris trois heures après la mort. Mais il est plus que probable que la plupart des organes déclarés sains à l'examen simple seront, au contraire, trouvés bactériologiquement altérés.

L'étude ultérieure de ces lésions aura un grand intérêt, en particulier au point de vue des observations à faire sur la nature de la néphrite morveuse, de la *morve rénale*, à laquelle a en réalité succombé le patient. Dire que mon savant collègue M. Quinquaud a pris charge de diriger et d'exécuter, sur ces points divers, les recherches nécessaires, est donner l'assurance qu'elles ne seront pas inutiles à l'histoire et aux progrès de nos connaissances sur la morve humaine.

DIAGNOSTIC DE LA MALADIE PRÉCÉDENTE A L'AIDE DE LA BACTÉRIOLOGIE ET DES INOCULATIONS AU COBAYE, AU CHIEN ET A L'ANE;
DÉTERMINATION DE LA LÉSION HÉMATIQUE.

Par M. CH.-E. QUINQUAUD.

Grâce à l'extrême obligeance de M. le D^r Ern. Besnier, nous avons pu faire une série de recherches relatives au cas de morve dont l'histoire clinique vient d'être exposée.

Voici l'ordre hiérarchique que nous avons suivi :

Le 20 janvier 1891, nous inoculons un cobaye avec du pus provenant de boutons farcino-morveux ulcérés de la racine du nez ; l'inoculation est pratiquée à la face interne de la cuisse droite. Quatre jours après, les ganglions inguinaux sont tuméfiés, puis l'animal maigrit et succombe le dixième jour ; à l'autopsie, on trouve une induration très nette au point inoculé ; un ganglion inguinal est converti en foyer purulent ; la rate est tuméfiée et parsemée d'une dizaine de granulations miliaires blanc jaunâtre ; à l'œil nu, pas d'autres lésions viscérales. Dans le pus du ganglion, on voit un grand nombre de bacilles morveux se colorant par le bleu de méthylène : petits bâtonnets rigides, se colorant par le Ziehl, mais lentement. Ces mêmes micro-organismes ne se colorent pas par le procédé d'Ehrlich et se décolorent dans l'acide nitrique.

Le pus ensemencé sur pommes de terre dans le tube de Roux, placé à 36°, a formé une belle couche blanche, puis jaune et enfin brunâtre tout à fait caractéristique d'une culture de bacille morveux ; cette couche était bien développée le septième jour.

Avec cette culture pure, on fait des ensemencements successifs dans le bouillon et sur l'agar. Le bacille se développe sur tous ces milieux avec les caractères ordinaires.

Une inoculation dans le péritoine d'un cobaye suivant le procédé du professeur Straus donne naissance au développement des symptômes et des lésions de la morve avec vaginalite.

Le 18 mars, on injecte dans la saphène d'un chien adulte un centimètre d'une culture développée dans du bouillon ; dès le lendemain le chien est affaibli ; il refuse les aliments, reste couché, puis il maigrit les jours qui suivent. Trois jours après l'injection intra-veineuse de bacilles, en explorant la surface cutanée, on sent sous le doigt un grand nombre de petites nodosités superficielles, qui se déplacent avec le derme, d'autres sont plus profondes. L'animal succombe le 24 mars ; à l'autopsie, on rencontre une multitude de boutons farcineux à différentes périodes d'évolution, les uns suppurant, à ulcère cratériforme, sécrétant un pus sanieux, les autres non ulcérés ; ailleurs on aperçoit des abcès hypodermiques multiples. Le foie est criblé de granulations morveuses ; la rate est volumineuse et parsemée de nodules morveux purulents. La tunique vaginale contient du liquide citrin, dans lequel baignent quelques flocons fibrineux ; les deux épидидymes sont gonflés, rougeâtres et renferment plusieurs abcès puro-caséux.

Le 22 janvier, nous inoculons avec le pus des boutons farcino-morveux de l'homme un autre cobaye, qui succombe au bout de huit jours, présentant à l'autopsie les mêmes lésions puro-caséuses de la rate.

Enfin, le 26 février, nous avons conduit à Alfort le malade, M. le professeur Trasbot a inoculé un âne dans son laboratoire avec le pus sécrété par les surfaces ulcérées de la lèvre supérieure : l'animal a succombé dans les délais classiques avec les symptômes et les lésions de la morve aiguë.

Tous ces faits de pathologie expérimentale et de bactériologie démontrent d'une manière mathématique que le malade de M. Besnier est atteint de morve.

De plus, des cultures pures sont filtrées à travers le filtre Chamberland et leur injection sous la peau et dans le péritoine du cobaye détermine une intoxication générale, à laquelle les animaux succombent, mais sans présenter nulle part les lésions de l'affection farcino-morveuse.

Chez ce malade le ganglion situé près de l'angle de la mâchoire à gauche, contenant du pus dont la culture sur pomme de terre, a présenté les caractères ordinaires ; inoculé à un cobaye, il a produit les lésions classiques farcino-morveuses. De plus, on voit sur les coupes histologiques des bords des ulcères de très belles cellules géantes ; tandis que les lésions rénales sont peu apparentes. Les altérations nasales siégeaient surtout dans les parties superficielles de la muqueuse.

Reste à déterminer les effets de la morve sur le sang.

Les lésions hématiques, chez cet homme, étaient caractérisées comme il suit :

A son entrée dans le service de M. Besnier, le nombre des globules

rouges étaient de 3,860,000, les globules blancs 5,600; on note 78 gr. d'hémoglobine p. 1,000. Vers la fin de la maladie, les hématies étaient descendues à 2,970,000; le nombre des leucocytes s'élevait à 6,000, c'est-à-dire un globule blanc pour 495. La capacité respiratoire s'abaissait à 105 centim. cubes et l'hémoglobine à 55 p. 1,000; les albumines du sang avaient notablement diminué; tandis que la glycosé subissait une légère augmentation: 100 gr. de sang renfermaient 0 gr. 084 de glycosé (normale 0 gr. 040 à 0 gr. 065).

La morve chronique a donc produit une hypoglobulie, une diminution considérable de l'oxygène, de l'hémoglobine, une désalbuminhémie, une légère hyperglycémie avec augmentation de l'urée dans le sang. — La pression artérielle était descendue de 17 à 12,5.

Enfin, on aensemencé les tissus et les humeurs, y compris l'urine de cet homme; et les cultures sont toutes restées stériles.

Nous tenons à remercier nos aides, MM. Nicolle et Veillon, de leur intelligent concours.

En résumé, ces recherches précisent le diagnostic, font connaître le mode d'action de l'agent infectieux de la morve et arriveront bientôt à être utiles pour le traitement de cette terrible maladie.

M. MOREL-LAVALLÉE. — Le diagnostic clinique de la morve n'est peut-être pas si facile à faire qu'on semble le dire dans nombre de cas, et j'ai présent à la mémoire le cas que j'ai vu dans le service de Maurice Raynaud, d'un malade atteint de morve lymphangitique, et mort en 4 ou 5 jours. On avait trouvé le point de départ de son affection au niveau du point lacrymal, où se produisit un véritable érysipèle pseudogangréneux et phlegmoneux: taches noires, iriennes, etc. Sauf les phlyctènes et les parties sphacélées noir mat, le malade de M. Raynaud présentait un aspect identique à celui d'un des moulages que vient de nous faire passer M. Besnier sur lequel j'ai lu le diagnostic, épithéliomatose aiguë.

UN CAS DE PELADE TOTALE DU CUIR CHEVELU PROBABLEMENT D'ORIGINE NERVEUSE

Par M. BROUSSE (de Montpellier).

Parmi les questions qui occupent encore les discussions des dermatologistes, il n'en est assurément pas de plus intéressante que celle concernant la nature de cette alopecie spéciale qu'on désigne en France sous le nom de *pelade*.

On sait que Bazin l'avait rangée parmi les affections parasitaires du cuir chevelu, qu'il en faisait une espèce de teigne, et cette opinion a fait

pendant longtemps autorité dans l'école de Saint-Louis. On crut même avoir découvert le parasite de la pelade : ce fut d'abord le *microsporon Audouini*, plus tard le *microcoque de Malassez* (1874), mais l'expérience ultérieure ne confirma pas la valeur pathogène de ces micro-organismes.

D'autre part, l'école de Vienne avec Hebra et ses élèves, nie absolument la nature parasitaire et contagieuse de la pelade : pour cette école, cette forme spéciale d'alopecie est liée à un trouble du système nerveux, c'est une *tropho-névrose*.

Et cependant, en dehors de l'existence prouvée d'un microbe pathogène, une observation clinique rigoureuse doit nous faire rejeter cette dernière opinion admise d'une façon exclusive.

Il existe, en effet, un grand nombre de cas dans lesquels la transmission de la pelade par contagion n'est pas douteuse, cette contagion s'opérant soit directement, soit, et le plus souvent, indirectement par les coiffures, les peignes, les tondeuses, etc. C'est ce qu'on observe fréquemment dans les écoles, les régiments, tous faits qui ont été bien mis en lumière lors de la discussion sur la pelade qui eut lieu en 1888 à l'Académie de médecine, et sur lesquels je crois inutile d'insister. D'ailleurs, des recherches récentes de Vaillard et Vincent semblent démontrer la nature microbienne de certaines de ces pelades.

Mais il est une autre catégorie de faits dans lesquels la pelade paraît s'être développée en dehors de toute contagion, chez des sujets impressionnables, à l'occasion de circonstances ayant déterminé un certain ébranlement du système nerveux. Dans ces cas, il semble que la maladie doive être considérée comme d'origine trophoneurotique. M. Leloir les a désignés sous le nom de *peladoïdes trophoneurotiques*.

C'est sur un cas de ce genre que je désire attirer votre attention.

M^{me} R..., âgée de 29 ans, se présente le 19 février 1891, à notre consultation externe pour une alopecie à peu près complète du cuir chevelu.

Interrogée sur ses antécédents, voici ce qu'elle nous a raconté :

Du côté de l'hérédité, rien de particulier à noter, sinon que sa mère est très nerveuse et sujette à des attaques de nerfs.

Elle-même n'a jamais eu de maladie sérieuse, mais elle est très nerveuse et facilement impressionnable : enfant, elle avait des frayeurs nocturnes. La puberté s'est chez elle assez bien passée, et les règles, établies pour la première fois à 14 ans, sauf une aménorrhée de trois mois dans le début, se présentent généralement d'une manière régulière. Mariée il y a 7 ans, son nervosisme s'est considérablement accru dès la première grossesse : dans le cours de celle-ci elle présenta, en effet, de véritables crises hystériques, survenues à la suite de contrariétés : la crise débutait par une sensation de boule qui, partant de l'épigastre, lui montait à la gorge et l'étouffait, puis se produisaient quelques mouve-

ments cloniques et la scène se terminait par des larmes ; il n'y a jamais eu perte de connaissance. Ses crises, à cette époque assez fréquentes, disparurent dans la suite et n'ont plus reparu, depuis lors, qu'à de rares intervalles.

Mais, depuis cette époque, elle est d'une émotivité extrême : la cause la plus futile devient pour elle le sujet d'une émotion.

C'est sous cette influence que paraît s'être développée depuis quelques années une *pelade à répétition*.

Il est vrai de dire que déjà à l'âge de 16 ans, elle avait présenté, à la suite d'une vive émotion, une première atteinte de pelade, mais très légère, ayant déterminé l'apparition à la nuque d'une petite plaque dénudée des dimensions d'une pièce de 50 centimes, qui guérit rapidement sans traitement.

Depuis lors, rien d'anormal ne s'était produit du côté de la chevelure, lorsqu'il y a quatre ans, au cours de sa seconde grossesse, cette femme fut prise, à la suite d'une émotion violente, de douleurs dans la tête ; bientôt les cheveux commencèrent à tomber précisément au niveau des points primitivement douloureux, et ainsi furent constituées un certain nombre de plaques péladiques. Cette alopecie qui s'était développée très rapidement, aboutit à une guérison complète en deux mois après un traitement insignifiant.

L'année suivante, à la même époque, se produit dans les mêmes conditions, un retour de l'alopecie peladique suivie encore de guérison assez rapide.

En 1889, au cours de sa troisième grossesse, se développe sous les mêmes influences une nouvelle poussée de pelade, mais cette fois plus étendue : la guérison ne s'obtient que plus difficilement, après un traitement assez long, ayant consisté essentiellement dans l'emploi d'une pommade irritante, joint à la rasage fréquente des parties atteintes.

Enfin, au mois de septembre 1890, la malade, alors profondément anémiée par l'allaitement de son dernier enfant, présente, toujours à la suite d'émotion et avec des prodromes douloureux, une quatrième atteinte de pelade. Mais celle-ci se généralise rapidement et persiste malgré tous les traitements employés jusqu'alors.

Lorsque la malade se présente à nous, elle a une alopecie complète de tout le cuir chevelu qui est absolument glabre et ressemble littéralement à une bille d'ivoire ; il ne reste plus que deux petites mèches de cheveux sur chaque tempe. En outre, il y a une petite plaque de pelade sur le sourcil gauche et quelques autres disséminées sur le pubis et aux aisselles.

Cette femme présente un teint blafard, profondément anémié, elle accuse de fréquentes douleurs dans la tête qui souvent lui causent de l'insomnie. Il n'existe pas actuellement d'anesthésie générale ou spéciale.

Nous instituons immédiatement un traitement par l'iodure de fer, le vin de quinquina et par des frictions locales excitantes avec un mélange à

parties égales de teinture de cantharides et d'alcool camphré ; en outre, tout le cuir chevelu est rasé deux fois par semaine.

Déjà au bout d'un mois de ce traitement, on voit apparaître un grand nombre de poils follets, sur toute l'étendue du cuir chevelu dénudé, et tout fait espérer que malgré sa généralisation, cette quatrième poussée de pelade guérira comme les précédentes.

En résumé, il s'agit d'une femme très nerveuse, hystérique même, dont le nervosisme s'est encore accentué sous l'influence de trois grossesses assez rapprochées, chez laquelle survient depuis quatre ans une pelade à répétition, paraissant se développer à l'occasion d'émotions morales : chaque fois la chute des cheveux est précédée de douleurs assez vives dans la tête, et c'est précisément au niveau de ces points douloureux qu'elle se fait tout d'abord.

Les trois premières poussées ont guéri assez rapidement ; la dernière, généralisée à tout le cuir chevelu, s'est montrée beaucoup plus rebelle et persiste depuis plus de six mois.

Quelle est la nature de cette pelade ?

La contagion ne me paraît pas ici en cause : la malade nie tout rapport avec des personnes ou des animaux suspects. D'autre part, elle n'a pas cessé, depuis le début de son affection, de cohabiter avec son mari et ses enfants, sans qu'aucun de ceux-ci ait présenté la plus légère atteinte de pelade.

Si, au contraire, nous considérons l'état véritablement névropathique de notre malade, l'apparition de chaque poussée peladique à l'occasion d'émotions morales, l'existence de douleurs névralgiques précédant la chute des cheveux, tout semble indiquer qu'il s'agit là d'une affection liée à un trouble du système nerveux.

Aussi nous paraît-il légitime de conclure à l'existence, dans ce cas, d'une pelade d'origine trophoneurotique.

NOUVEAUX DÉTAILS SUR LA DESTRUCTION DES POILS PAR L'ÉLECTROLYSE

Par M. L. Brocq.

Trois ans se sont écoulés depuis ma dernière communication à la Société médicale des hôpitaux de Paris sur la destruction des poils par l'électrolyse. J'ai eu pendant ce laps de temps l'occasion de voir et d'opérer un assez grand nombre de malades atteintes d'hypertrichose et en attendant le travail d'ensemble que je prépare sur la question et dans lequel je publierai tous mes documents et tous mes résultats, je crois utile de faire connaître quelques petites modifications que j'ai apportées à la méthode.

Aiguilles. — J'ai décidément renoncé aux aiguilles isolées ; elles sont beaucoup trop difficiles à bien manier, et les avantages qu'elles présentent sont plutôt théoriques que réels. Je n'emploie plus que l'aiguille ordinaire en or ou en platine iridié aussi mince que possible, et les constructeurs arrivent maintenant à les faire d'une finesse très satisfaisante. Depuis près de deux ans je les courbe à angle obtus à environ 5 à 6 millimètres de la pointe : il suffit pour cela de prendre la tige entre les mors d'une pince à la hauteur où l'on veut courber l'aiguille et on donne à l'angle l'ouverture que l'on croit être la plus commode, ouverture qui me semble d'ailleurs devoir varier selon l'opérateur et selon la région que l'on opère. Les avantages de cette coudure sont les suivants : 1° on peut ainsi ne pas faire mettre sur l'aiguille d'arrêt destiné à indiquer la profondeur à laquelle se trouve la pointe de l'instrument ; le coude sert d'index : et les constructeurs arrivent alors plus aisément à donner une grande finesse à la tige ; 2° l'introduction de l'aiguille est beaucoup plus facile lorsqu'elle est coudée que lorsqu'elle est droite ; elle rend possible et relativement aisée l'opération en certains points, à la partie inférieure du menton par exemple, où, sans cet artifice, l'introduction de l'aiguille est particulièrement pénible.

J'ai déjà mentionné cette coudure de l'aiguille dans mon livre sur le traitement des maladies de la peau. Quelques mois après l'apparition de cet ouvrage, j'ai reçu la visite d'un de nos confrères de Toulouse dont je regrette fort d'avoir complètement oublié le nom, qui venait me soumettre un nouveau modèle d'aiguille pour l'électrolyse. Ces aiguilles qu'il fabriquait lui-même étaient extrêmement fines et coudées à leur extrémité ; lorsque je lui eus montré les aiguilles que je viens de décrire, il ne fit aucune difficulté pour reconnaître qu'en réalité il ne m'apportait rien de nouveau. Je l'avais prié de me faire parvenir quelques-uns de ses petits instruments et je regrette fort qu'il n'ait pas cru devoir le faire, car j'aurais pu les présenter aujourd'hui en son nom à la Société.

De l'anesthésie locale. — J'ai à peu près complètement renoncé aux injections sous-cutanées de cocaïne, car elles me paraissent avoir d'assez sérieux inconvénients. Je pense qu'on ne doit les employer qu'au domicile même de la malade pour un ou deux poils douloureux à enlever chez une personne pusillanime non habituée à ces opérations : on ne doit bien entendu faire usage que de solutions préparées au moment même. En somme je repousse l'emploi journalier des injections de cocaïne pour une longue série d'opérations électrolytiques, et même pour une opération ordinaire d'électrolyse, car l'on est obligé dans ce cas de faire plusieurs piqûres dans la même séance pour anesthésier toute la région sur laquelle on doit agir.

Je ne parle ni de l'anesthésie par l'éther ni de celle par le procédé de Bailly de Chambly qui sont absolument inapplicables dans ce genre d'opérations.

Chez les personnes trop craintives je me contente d'opérer avec des courants d'une extrême faiblesse et je fais frictionner la région sur laquelle je dois agir une demi-heure, un quart d'heure avant l'opération et au moment où je vais commencer avec une pommade à la cocaïne au vingtième. Il m'a semblé que la douleur était ainsi diminuée dans quelques cas surtout lorsque je pouvais opérer sans faire enlever la pommade qui couvre la peau. Il est possible que l'aiguille se charge alors de cocaïne, et que le médicament pénètre par ce mécanisme dans la profondeur des tissus. En tous cas ce procédé ne présente pas le moindre inconvénient.

Mode opératoire. — Je n'ai rien à changer à ce que j'ai dit dans mon travail de 1888 sur la manière dont on doit se servir de l'aiguille, sur la façon dont on doit avec elle cathétériser le follicule pileux, sur la profondeur à laquelle elle doit arriver, profondeur qui doit dépendre exactement de la profondeur du bulbe.

Chez les personnes pusillanimes dont la peau est très fine et qui n'ont que peu de poils à détruire, je me sers de courants très faibles, d'une intensité de un milliampère, un milliampère 1/2. Ces courants sont toujours bien tolérés même aux régions les plus douloureuses comme les lèvres et le cou.

Mais cette façon de procéder n'est plus pratique quand il s'agit de barbes entières, lorsque les poils à enlever se chiffrent par 10 à 20,000. J'emploie alors chez les personnes courageuses et intelligentes ce que j'appelle la méthode rapide : voici en quoi elle consiste.

Je mets le collecteur de la machine électrique sur le nombre d'éléments qui correspond à peu près au courant dont je veux me servir : pour les régions à peau fine et délicate, douloureuses, et lorsque les poils ne sont ni trop volumineux ni trop profonds je prends des courants de 2 à 3 milliampères ; pour les régions dont la peau a déjà été épaissie et abîmée par des opérations antérieures, par des applications fréquentes de pâtes épilatoires ou par des épilations répétées, et lorsque les poils sont volumineux, profonds et difficiles à détruire, je prends des courants de 4 à 5 milliampères. Lorsque j'ai introduit l'aiguille dans le follicule pileux sur lequel je veux agir, je dis à l'opérée de saisir le cylindre qui forme le pôle positif : suivant son tempérament elle le fait lentement, progressivement, pour ne pas éprouver une trop vive douleur et alors la destruction se fait un peu moins vite, mais elle souffre moins, ou bien elle le fait avec décision, et la destruction se produit avec la plus grande rapidité. Mais même lorsque la malade ne saisit pas tout d'un coup le cylindre à pleine main, la destruction s'opère bien plus vite que lorsqu'un aide fait tourner lentement le collecteur de l'appareil jusqu'à ce que le galvanomètre marque le nombre de milliampères avec lequel on veut agir. Quand je juge que le poil est suffisamment détruit, je dis à l'opérée de lâcher le cylindre ; elle le fait brusquement ; je retire l'aiguille ; puis je recommence. Je n'enlève les poils que lorsque la séance est terminée

parce que je gagne ainsi du temps, et parce qu'ils se détachent mieux lorsqu'il y a déjà quelques minutes qu'ils ont été opérés.

Quand on a l'habitude de l'électrolyse et quand on a affaire à une malade un peu intelligente et résolue, ce qui est la règle, on arrive ainsi dans les cas favorables à enlever deux à trois gros poils par minute, quatre et quelquefois même cinq poils moyens et fins dans le même temps. Le nombre total de poils que je détruis par ce procédé dans une séance de 20 à 25 minutes de durée varie donc suivant les régions et suivant la grosseur des poils de 50 à 90.

Chez plusieurs opérées courageuses j'ai pu en une longue séance de 50 minutes coupée par un intervalle de repos de 5 minutes enlever jusqu'à 180 poils. On comprend que dans ces conditions l'opération de l'électrolyse devienne réellement pratique, surtout quand on songe que l'on peut à la rigueur chez les personnes très vigoureuses et résolues, lorsque l'état de la peau le permet, faire dans la même journée une autre séance simple, ce qui donne un total de 270 poils détruits en un jour. Il est vrai que cette application intensive de la méthode ne saurait être continuée fort longtemps.

Il y a cependant plusieurs ombres à ce tableau. D'abord il n'est pas possible d'opérer toujours avec cette rapidité, soit parce que la malade est trop pusillanime, soit parce que les poils sont trop volumineux et trop profonds ; c'est ainsi que les poils du cou et de la partie inférieure du menton sont remarquables par leur ténacité, et par la difficulté de leur destruction ; d'autre part l'exquise sensibilité de cette région ne permet guère d'user que de courants de faible intensité.

De plus en employant la méthode rapide, on doit tâcher de ne laisser passer le courant que le temps qui est strictement nécessaire à la destruction du bulbe : on s'expose ainsi à avoir une assez grande quantité de poils incomplètement détruits qui repoussent. A cela il n'y a d'ailleurs pas d'autre inconvénient qu'un effet moral désastreux sur les personnes non prévenues qui voient revenir des poils sur la disparition desquels elles comptaient. Elles ne manquent pas d'incriminer la méthode et de déclarer que l'on n'a obtenu aucun résultat. Ce sentiment est très compréhensible, car le nombre de poils qui repoussent lorsque l'on emploie le procédé rapide est relativement considérable.

Dans nos précédentes publications nous avons estimé à un sur dix environ le nombre de poils qui repoussent lorsque l'on opère sans se presser. On détruit alors en une séance environ 30 poils volumineux, ou bien 45 à 50 poils moyens et fins : c'est-à-dire qu'il repousse 3 ou 4 poils sur les 30 poils volumineux, 5 poils environ sur les 45 poils moyens ou fins.

Lorsque l'on emploie la méthode rapide, il en repousse environ deux sur dix, c'est-à-dire le double. Si nous estimons à 50 seulement, en mettant les choses au pire, de nombre de gros poils que l'on détruit dans

une séance par ce procédé, on voit qu'il en repousse dix environ et qu'en réalité on n'en a détruit définitivement que 40. Mais par la méthode ordinaire on n'en a détruit définitivement que 26.

Si nous estimons à 70 seulement le nombre des poils moyens et fins que l'on peut détruire en une séance par la méthode rapide, on voit qu'il en repousse environ 14, et qu'en réalité on n'en détruit définitivement que 56 contre 40 détruits par la méthode ordinaire.

La méthode rapide a donc, malgré cette réserve un avantage très marqué sur la méthode ordinaire : elle a de plus celui de ne laisser que le minimum de cicatrice ; mais elle exige une grande habileté de main.

Les réflexions précédentes permettent de comprendre combien il est désespérant pour le malade de voir revenir un grand nombre de poils déjà opérés. Il faut environ par les procédés ordinaires de 80 à 100 séances pour détruire la première couche de gros poils des parties latérales du menton : il faudra donc compter en ces régions sur 300 à 400 poils repoussés ; par la méthode rapide on en aura de 600 à 800, de telle sorte qu'il semblera évident pour tous ceux qui ne sont pas au courant de la question que l'électrolyse n'aura donné aucun résultat. Si, en effet, l'on ajoute par la pensée à ces 600 ou 800 poils de repousse ceux qui se sont spontanément développés dans les mêmes points par le mécanisme que j'ai indiqué dans mes travaux antérieurs, on comprendra sans peine que la région déjà opérée puisse se recouvrir peu de temps après une première série de séances d'une couche de poils qui semble aussi fournie que celle qui existait avant toute intervention. Il est donc tout naturel, que l'on accuse l'électrolyse de n'avoir produit aucun effet utile.

Toutefois, si l'on prend la peine de tendre la peau avec soin on verra que la surface des téguments est criblée de petites cicatrices blanches du centre desquelles ne sort plus un seul poil. Ce sont les vestiges des piqures d'électrolyse qui ont été suivies de la destruction complète du bulbe pileux. On pourra ainsi se rendre compte de l'efficacité réelle des opérations qui ont été déjà faites.

Il ne faut pas croire d'ailleurs qu'il s'agisse ici d'un véritable travail de Pénélope. Si l'on a de la persévérance, on arrivera à triompher définitivement du développement de poils nouveaux et de la repousse des poils incomplètement détruits : mais je ne saurais trop engager les opérateurs avant d'entreprendre un semblable traitement, de bien faire connaître aux intéressés la vérité toute entière, afin de ne pas avoir à lutter plus tard contre d'amères désillusions.

Cicatrices consécutives. — Le résultat déplorable au point de vue des cicatrices ultérieures que j'ai eu chez une première opérée, m'avait rendu fort circonspect dans mon mémoire de 1888, et je n'y parle qu'avec une certaine appréhension des traces que peuvent laisser après elles les piqures électrolytiques. Depuis lors, je me suis strictement attaché à suivre les préceptes que j'avais formulés, à ne jamais opérer deux poils

trop voisins l'un de l'autre, à ne pas employer de courants trop forts, à ne les laisser passer que le temps nécessaire à la destruction du bulbe, et j'ai pu ainsi obtenir des résultats réellement satisfaisants. Chez certaines de mes malades, il est difficile de voir qu'elles ont subi d'aussi nombreuses séances ; chez la plupart d'entre elles, il ne reste que quelques dépressions cupuliformes, de nombreux petits points blanchâtres, souvent une sorte d'atrophie et de dépression légère en masse des régions opérées. Je dois signaler de plus, chez des femmes à barbe très noire, une certaine teinte brunâtre que prennent les téguments lorsqu'ils ont été soumis à un grand nombre d'opérations : il semble que le pigment des poils détruits tatoue en quelque sorte la peau. Ces pigmentations tendent peu à peu à disparaître, mais avec beaucoup de lenteur.

Des indications de l'électrolyse. — Dans mes précédents mémoires, j'ai posé la plupart des indications de l'électrolyse, et je ne reviendrais pas sur ce point si important s'il ne me paraissait pas nécessaire de discuter l'opportunité de l'opération électrolytique précoce.

Puisque la destruction des poils très fins se fait avec une assez grande facilité, puisqu'elle ne laisse pour ainsi dire que des traces insignifiantes quand elle est pratiquée avec soin, on peut se demander pourquoi l'on ne détruirait pas électrolytiquement les poils fins avant que l'âge, l'épilation ou les pâtes épilatoires ne les aient transformés en poils volumineux. Théoriquement, on aurait à cette façon de procéder les trois avantages suivants : 1° la destruction serait beaucoup plus rapide, et plus facile ; 2° elle laisserait moins de traces ; 3° elle éviterait à la personne atteinte d'hypertrichose beaucoup d'ennuis, puisque l'on supprimerait tout de suite une cause constante de chagrin.

Je crois ce raisonnement faux pour les femmes qui ont passé la trentaine, car les poils qui se développent dans la seconde moitié de la vie ne deviennent presque jamais fort nombreux, si on n'institue pas de traitement trop irritant. J'estime donc que chez ces personnes, il faut se contenter de détruire de temps en temps les poils qui sont trop apparents.

Il n'en est pas tout à fait de même pour les jeunes filles, et après avoir mûrement réfléchi à cette question, je crois maintenant que lorsqu'on voit chez des personnes de 16 à 25 ans, le duvet de la face prendre un grand développement et tendre à se transformer en poils, de manière à former une barbe véritable, il ne faut pas attendre, et j'estime que l'on doit détruire par l'électrolyse, non seulement tous les poils volumineux, mais encore tous les poils moyens, et tout le duvet qui n'est pas absolument fin, court et incolore. L'importance du résultat à obtenir doit, ce me semble, permettre au médecin de donner ce conseil, quelque délicat et discutable qu'il puisse paraître au premier abord.

SÉANCE DU 4 AVRIL 1891

Présidence de M. Lailler.

SOMMAIRE. — Sur une nouvelle variété d'éruption acnéiforme de la face, par MM. HALLOPEAU et P. CLAISSE. (Discussion : MM. BARTHÉLEMY, JACQUET.) — De certaines manifestations oculaires de la syphilis et de leur traitement, par M. CH. ABADIE. (Discussion : MM. A. RENAULT, BARTHÉLEMY.) — Sept chancres infectants de la face, par M. A. BROUSSE. (Discussion : M. BARTHÉLEMY.) — Note sur le traitement du prurigo de Hebra, par M. TENNESON. (Discussion : M. AUGAGNEUR.) — Du lichen simplex aigu et chronique, par M. E. VIDAL. — Nouvelle étude sur la dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excen-trique, par M. HALLOPEAU. — Rhumatisme blennorrhagique et syphilis. — Traite-ment mercuriel des arthropathies gonorrhéiques, par M. MOREL-LAVALLÉE. (Dis-cussion : M. BALZER.) — Angine oedémateuse suraiguë grave, consécutive à une éruption salolée de cause externe, par M. MOREL-LAVALLÉE. — Des raisons qui sem-blent militer en faveur de la non spécificité du gonocoque, par M. ERAUD. — Note sur l'albuminurie liée à la blennorrhagie, par MM. BALZER et SOUPLET. (Dis-cussion : MM. ERAUD, ERNEST BESNIER.) — Troubles nerveux d'origine syphilitique. Tabes sans ataxie apparente, par M. FERRAS.

La Société décide, sur la proposition de M. E. Besnier, que, chaque année, à la session d'avril, une quatrième séance sera réservée pour la discussion d'une question désignée à l'avance.

La question désignée pour la session de 1892 est le *prurigo d'Hebra*.

I. — SUR UNE NOUVELLE VARIÉTÉ D'ÉRUPTION ACNÉIFORME DE LA FACE

Par MM. H. HALLOPEAU et P. CLAISSE.

Le malade que nous avons l'honneur de présenter à la Société est atteint d'une éruption qui offre d'incontestables analogies avec celle que M. Barthélemy a fait connaître récemment sous le nom d'acnitis, mais s'en distingue cependant par des caractères importants et ne paraît se rapporter à aucun type connu. Son histoire peut être résumée ainsi qu'il suit :

L. Ch., gardien de la paix ; âgé de 33 ans, entre, le 5 mars 1891, au pavil-lon Bazin, n° 65, pour une éruption au visage.

Ses antécédents héréditaires sont nuls ; il n'y a rien à noter dans sa santé antérieure ; il dit être généralement sobre. Il n'avait jamais eu de boutons

avant sa maladie actuelle, sauf quelques saillies acnéiques que l'on voit à la nuque.

Son affection a débuté le 17 février dernier sans aucune cause apparente, et particulièrement, sans que le malade eût pris aucun médicament ni se fût livré à des excès ; des boutons se sont manifestés, d'abord à la base du nez, puis à la lèvre supérieure et bientôt dans les différentes parties de la face ; d'abord de petit volume, ils ont rapidement grossi en même temps qu'ils se multipliaient, les uns *restant isolés*, les autres *se groupant* en plaques agminées ou confluentes. La maladie est encore actuellement en évolution ; de nouveaux boutons se sont produits depuis que le malade est entré à l'hôpital ; nous avons pu ainsi en suivre le développement : ils sont, au début, de petites dimensions ; leur diamètre initial ne dépasse pas un millimètre ; leur forme est acuminée ; leur couleur, d'un rouge vif ; leur apparition s'accompagne de sensations de picotement ; ils sont entourés d'une petite aréole érythémateuse ; ils grossissent rapidement, leur sommet s'arrondit, leur forme devient hémisphérique ; leur consistance augmente, ils offrent au toucher une sensation très marquée de résistance, on peut dire de dureté ; leur diamètre atteint 3 millimètres. Les plaques qu'ils forment en se réunissant atteignent les dimensions d'une pièce de deux francs *et rappellent par leur aspect celles du zona* ; les éléments y restent en effet le plus souvent distincts, séparés par des interstices au niveau desquels la peau est érythémateuse et légèrement tuméfiée ; on trouve ainsi plus de 20 boutons agminés ; les plus considérables de ces plaques se trouvent au-dessus des deux tiers externes de la lèvre supérieure gauche, dans la partie correspondante du menton, et à la base du nez. Au-dessus du sourcil droit, les boutons, moins saillants, forment une trainée, certains d'entre eux sont plus perceptibles par le toucher que par la vue ; ils semblent constitués surtout par une infiltration intra-dermique ; la plaque ainsi formée repose par la base sur la partie externe du sourcil pour se diriger verticalement en dedans sur une hauteur de 0,08 cent ; sa largeur, est d'environ 0,03 à sa base, de 0,01 à son sommet. Au-devant de l'oreille gauche, on voit une plaque de 3 millimètres de diamètre dans laquelle les boutons sont confluent ; on n'y distingue pas, entre leurs saillies, les interstices érythémateux signalés précédemment ; toute la plaque est en relief ; de légères élévures y indiquent les éléments qui se sont réunis pour la constituer.

La plupart des boutons, quand ils cessent de s'agrandir, persistent sans se modifier. Un certain nombre d'entre eux cependant blanchissent et se ramollissent dans leur partie centrale ; il s'y forme une petite collection purulente ; au bout de peu de jours, cette collection s'ouvre et le pus se concrète en une petite croûte jaunâtre ; néanmoins le bouton ne s'affaisse pas, il persiste avec les mêmes dimensions.

L'éruption occupe simultanément les parties glabres et les parties velues de la face : nous avons cherché si, dans ces dernières, les boutons se produisent autour des poils, et nous nous sommes assurés qu'il n'en est rien ; c'est exceptionnellement que les poils émergent de leur partie médiane ; le plus souvent, ils les traversent latéralement ; ils restent aussi adhérents qu'à l'état normal ; on a peine à les arracher avec la pince.

A part les sensations pénibles qui accompagnent les nouvelles poussées éruptives, on peut dire que la maladie n'est pas douloureuse.

L'éruption est limitée au visage : il n'y a aucun bouton sur les autres parties du corps, sauf les quelques saillies acnéiques peu développées que nous avons déjà signalées à la nuque.

L'estomac est notablement dilaté.

L'application, pendant 15 jours, d'une pommade au salol n'amène aucune amélioration ; depuis le 20 mars, le malade prend chaque jour 2 pilules de Dupuytren ; c'est à dessein que nous n'employons pas de préparations iodurées que l'on pourrait accuser de provoquer de nouvelles poussées éruptives.

Le 4 avril, l'éruption continua à se développer lentement ; de nouveaux boutons se sont produits ; quelques-uns des anciens ont suppuré. Tous persistent ; un seul s'est affaissé : il a été touché intérieurement avec l'acide chromique. (Le moulage de cette éruption, fait par M. Baretta, est dans le Musée de l'hôpital.)

Les traits essentiels de cette éruption sont cette apparition soudaine, tout à fait comparable à celle d'un pseudo-exanthème médicamenteux, les caractères des boutons qui sont de forme hémisphérique, relativement volumineux, remarquablement durs, indolents, si ce n'est au début, leur persistance alors même qu'ils ont suppuré, ce qui n'est pas la règle, leur disposition en plaques agminées ou confluentes dont la configuration rappelle celle du zona, leur localisation exclusive à la face.

La biopsie que nous avons pratiquée n'a pas porté sur un fragment assez volumineux pour qu'il ait été possible de déterminer quel est le siège précis de la lésion ; le derme est infiltré de cellules rondes (globules blancs, éléments embryonnaires ou épithélioïdes), mais on ne peut leur assigner de relations avec aucune des parties constituantes de la peau ; de nouvelles recherches sont nécessaires pour combler cette lacune. L'examen bactériologique ne nous a donné jusqu'ici que des résultats complètement négatifs.

Au point de vue clinique, les analogies avec l'acnitis de M. Barthélemy sont la soudaineté du début, la dureté des boutons, leur suppuration et la tendance de quelques-uns à se réunir en groupes ; les différences sont les suivantes : les boutons sont presque tous, dès leur début, intra-dermiques et ne paraissent pas se développer sous la peau ; ils sont le siège, quand ils se forment, de sensations pénibles : quelques-uns seulement suppurent ; ils ne le font que tardivement et partiellement ; ils persistent sans s'affaïsser nullement après l'ouverture de la petite collection purulente ; leurs groupes sont beaucoup plus étendus, ils ressemblent par leur forme et le mode de groupement des éléments à ceux du zona ; ils restent limités à la face ; ils ne semblent pas, autant que l'on peut en juger par les caractères macroscopiques, siéger dans les follicules ni à leur périphérie ; les poils n'occupent pas habituellement leur partie centrale. Si donc ce fait se rattache à l'acnitis de M. Barthélemy, il en constitue tout au moins une variété distincte ; c'est là un type clinique non encore décrit.

M. BARTHÉLEMY. — Le cas présenté par M. Hallopeau se rapproche certainement de ceux que j'ai décrits, mais il présente cependant des différences. Je n'ai pas observé notamment une agmination des éléments éruptifs, telle que ce malade en présente au côté gauche de la lèvre supérieure par exemple ; chez mes malades, le reste du corps était également atteint. Mais comme il y avait déjà plusieurs mois qu'il était en évolution, peut-être s'agit-il d'une éruption de même ordre, encore à ses débuts.

M. L. JACQUET. — Je crois d'autant plus volontiers à l'analogie entre le malade de M. Hallopeau et ceux de M. Barthélemy, que j'ai eu l'occasion de comparer des préparations provenant de chacun des malades et qu'elles sont très comparables entre elles.

DE CERTAINES MANIFESTATIONS OCULAIRES DE LA SYPHILIS ET DE LEUR TRAITEMENT

Par le Dr CH. ARADIE.

La syphilis oculaire n'est pas bien connue. Avant la découverte de l'ophtalmoscope on ne décrivait guère que l'iritis syphilitique qui accompagne habituellement les accidents dits secondaires de la syphilis acquise.

Hutchinson reconnut le premier que la kératite parenchymateuse, confondue auparavant avec les inflammations vulgaires de la cornée, relevait de la syphilis héréditaire.

Grâce aux travaux de cet éminent observateur, la syphilis héréditaire tardive dont les manifestations se montrent tous les jours plus nombreuses à mesure qu'elles sont mieux observées, est entrée dans le domaine de la clinique.

La kératite parenchymateuse est une maladie très commune. Comme elle est surtout fréquente chez les adolescents on a cru à un moment donné qu'elle ne se rencontrait que chez eux. Il n'en est rien, on l'observe plus rarement il est vrai chez des enfants de 8 à 10 ans, presque jamais au-dessous de cet âge ; de même elle devient plus rare à partir de 25 ans, mais j'en ai observé quelques cas très nets et mêmes très graves chez des sujets âgés de 30 ans.

La plupart des praticiens qui se sont occupés du traitement de cette affection ont recommandé l'usage de l'iodure de potassium et des préparations iodées. Cela tenait à ce que pour beaucoup la scrofule jouait un rôle prépondérant dans la pathogénie de cette affection.

Mais depuis, une observation plus attentive a réellement montré que le facteur étiologique principal était bien réellement la syphilis héréditaire.

taire et il a fallu de plus en plus pour la combattre s'adresser aux préparations mercurielles.

Or je désire spécialement appeler l'attention sur ce point; dans les formes graves de la kératite parenchymateuse, la médication incontestablement la plus puissante ce sont les injections sous-cutanées de sublimé.

Il faut bien savoir aussi que dans ces formes graves où l'on fait usage des injections sous-cutanées de sublimé on ne doit pas administrer en même temps l'iodure de potassium. J'ai vu des cas où les deux médicaments étant associés la cornée devenait extrêmement vasculaire, ramollie le pronostic semblait des plus graves. Il a suffi de suspendre l'iodure de potassium tout en continuant les injections de sublimé pour voir rétrocéder tous ces accidents menaçants.

Peut-être ces deux médicaments, iodure de potassium et sublimé, administrés ensemble donnent-ils naissance à des iodures de mercure trop irritants pour la cornée.

J'insisterai aujourd'hui sur les lésions du fond de l'œil, — chorio-rétinites — encore mal connues qui paraissent aussi dans un certain nombre de cas devoir être attribuées à la syphilis héréditaire.

Ces chorio-rétinites apparaissent à l'ophtalmoscope tantôt sous forme de foyers dispersés un peu partout (chorio-rétinite disséminée), tantôt localisés, circonscrits dans la région de la macula avec ou sans trouble du corps vitré.

Remarque importante à noter, leur évolution, tout en désorganisant la rétine et compromettant gravement la vision, ne provoque aucune inflammation extérieure, de telle sorte que sans le secours de l'ophtalmoscope, elles passeraient inaperçues.

Il est aussi une forme de syphilis oculaire acquise encore fort peu étudiée jusqu'ici; qu'on observe chez les individus âgés (ayant dépassé la soixantaine) qui contractent la syphilis. Chez eux les accidents secondaires cutanés, sont tellement légers qu'ils passent presque toujours inaperçus, sauf pourtant des plaques muqueuses tenaces qui occupent la bouche, la langue ou les lèvres.

Du côté des yeux, il n'y a ni iritis, ni accident aigu, mais la papille et la rétine s'infiltrant, le corps vitré se trouble et comme les deux yeux sont habituellement atteints simultanément, la vision baisse très rapidement et d'une façon considérable.

En outre, cette forme de syphilis oculaire sénile acquise est particulièrement rebelle à tous les traitements, s'écartant encore par là des accidents oculaires dits secondaires de la syphilis acquise des adultes.

Le traitement des diverses manifestations syphilitiques oculaires dont nous venons de parler diffère sous plusieurs rapports de ceux habituellement employés. Comme je l'ai déjà dit dans les formes bénignes légères de la kératite parenchymateuse l'iodure de potassium peut rendre quelques services. Mais dans les formes graves il est indispensable de

recourir aux injections sous-cutanées de sublimé à la dose d'un centigramme tous les deux jours.

D'une façon générale dans les localisations de la syphilis aux membranes profondes, l'iodure de potassium n'agit pas favorablement, parfois même il semble exercer une influence nuisible.

Le traitement de choix semble être le sublimé en injections sous-cutanées.

Enfin j'en dirai tout autant pour la syphilis oculaire sénile, toujours d'une ténacité désespérante. Il m'est arrivé parfois dans ces cas-là de faire directement des injections locales sous-conjonctivales et intra-oculaires d'une à deux gouttes de sublimé à la dose de un pour mille : J'ai parfois obtenu ainsi de bons résultats alors que tout avait échoué.

M. A. RENAULT. — M. Abadie vient de nous dire qu'il se produisait dans certains cas de syphilis héréditaire tardive des lésions oculaires profondes, sans manifestations extérieures aucunes ; je lui demanderai s'il n'existe pas de troubles fonctionnels pouvant faire présumer ces lésions profondes et donner au malade le conseil de consulter un spécialiste.

M. ABADIE. — Dans ces cas, la vision baisse très rapidement, parfois jusqu'à la cécité ; il se forme des exsudats dans la rétine et l'usage de l'ophtalmoscope est indispensable pour reconnaître ces lésions profondes. Il s'agit là d'ailleurs de faits peu connus et qu'il importe de traiter de bonne heure pour obtenir un résultat heureux.

M. BARTHÉLEMY. — A quelles doses doivent être faites les injections indiquées par M. Abadie.

M. ABADIE. — Au sujet de la technique opératoire, voici comment je procède.

La seringue est constamment plongée dans une solution de glycérine phéniquée à 5 0/0, de telle sorte qu'elle est parfaitement aseptique.

On remplit 17 divisions de la seringue avec la solution de sublimé à un pour cent et les 3 divisions restantes avec une solution de cocaïne à 5 0/0 qui atténue beaucoup la douleur. Les trois ou quatre premières injections provoquent un peu de malaise général. Les suivantes sont bien tolérées.

M. E. VIDAL. — J'appuie ce que vient de dire M. Abadie relativement à l'emploi de l'iodure de potassium dans les cas de syphilis oculaire où la cornée est intéressée. Cet emploi est contre-indiqué car l'on observe souvent de la conjonctivite intense, des ulcérations de la cornée et du chémosis.

SEPT CHANORES INFECTANTS DE LA FACE

Par M. BROUSSE

Agrégé, chargé du cours de Clinique des maladies syphilitiques et cutanées à la Faculté de Montpellier.

L'unicité du chancre, considérée jadis comme un signe fondamental de sa nature syphilitique, a bien perdu aujourd'hui de sa valeur, et certains auteurs, comme M. Mauriac, regardent le syphilome primitif comme aussi souvent multiple qu'unique.

Cela dépend du plus ou moins grand nombre de portes d'entrée du virus.

Tout le monde connaît l'histoire de ce malade de M. Lailler qui, s'étant exposé à l'infection syphilitique après avoir subi la frotte pour la gale, contracta dix-neuf chancres infectants.

C'est là, il est vrai, un fait exceptionnel, et le plus souvent, quand il y a des chancres multiples, ils ne dépassent pas le nombre de trois ou quatre.

Aussi, ayant eu l'occasion d'observer un cas caractérisé par la présence simultanée de sept chancres infectants de la face, ai-je pensé qu'il pouvait y avoir quelque intérêt à vous le communiquer.

Le nommé C..., âgé de 32 ans, mosaïste, d'origine italienne, entre le 5 juin 1890 à la clinique syphilitique de l'hôpital St-Eloi.

Il se présente pour une affection de la face, d'apparence papulo-crustacée, consistant en sept boutons croûteux, de forme arrondie, de couleur grisâtre, assez volumineux, dont le diamètre varie d'un demi-centimètre à un centimètre et demi ; l'un de ces boutons, le plus petit, siège sur le bord libre de la lèvre supérieure, les six autres, plus gros, sur les parties antérieure et latérales du menton. En même temps existe un engorgement ganglionnaire très considérable de toute la région sous-maxillaire, au point que la mastication s'en trouve gênée.

Le début de cette affection remonte à quinze jours environ ; les boutons auraient apparu à peu près tous en même temps, ceux du menton tout d'abord, celui de la lèvre supérieure deux ou trois jours après ; ils auraient commencé par une papule qui se serait ensuite agrandie et ulcérée et se serait recouverte d'une croûte.

Interrogé sur ses antécédents, le malade n'accuse aucune tare pathologique ; il affirme n'avoir jamais eu de chancre.

Pas d'autre éruption sur le corps, mais engorgement très net des ganglions inguinaux.

Je fais appliquer sur les boutons des cataplasmes de fécule pour faire tomber les croûtes : celles-ci une fois détachées, ces boutons appa-

sent avec une surface rouge cuivré, légèrement excavée en godet, reposant sur une base nettement indurée, à bords proéminents et régulièrement arrondis ; en un mot, ils présentent l'aspect de véritables *chancres infectants*.

Le 12 juin, on aperçoit sur l'amygdale gauche une plaque jaunâtre, granuleuse, ressemblant à une éruption herpétique. Mais, quelques jours après, cette plaque s'est modifiée et étendue et a pris l'aspect opalin caractéristique de la plaque muqueuse.

Le 19, le malade est pris d'inappétence, de fièvre et il se produit une éruption, disséminée sur tout le corps, de petites papules cuivrées.

Enfin le 22, on note une plaque muqueuse caractéristique à la pointe de la langue et une autre à la face interne de la lèvre inférieure.

Dès lors aucun doute ne peut subsister sur la nature de l'affection dont le malade est atteint ; il s'agit bien d'une infection syphilitique.

On institue un traitement par les frictions mercurielles et l'iode de potassium ; les chancres sont pansés au salol.

Sous l'influence de ce traitement, une amélioration ne tarde pas à se produire, l'engorgement ganglionnaire diminue notablement, les chancres tendent vers la cicatrisation, mais restent encore quelque temps proéminents ; les plaques muqueuses disparaissent.

Dans ce cas, le diagnostic offrait des difficultés au début : cette éruption papulo-crustacée aurait pu être prise pour un eczéma impétigineux. Mais l'aspect des lésions sous-jacentes aux croûtes, l'existence d'un véritable bubon sous-maxillaire, devaient déjà mettre sur la voie du diagnostic ; enfin l'apparition des accidents secondaires est venue lever tous les doutes.

Il s'agissait donc de chancres syphilitiques et de cette variété qu'on a désignée sous le nom de *chancres croûteux*.

Quelle était l'origine de ces chancres ?

Nous avons à ce sujet soigneusement interrogé notre malade, mais nous n'avons pu obtenir de données précises.

La malade nie tout coït abore.

Peut-être faudrait-il mettre en cause le rasoir, qui nous expliquerait assez bien la multiplicité des portes d'entrée (1) ? Le malade se rasait lui-même, il est vrai, mais il lui arrivait de prêter son rasoir à des camarades. C'est peut-être là la source de l'infection.

Quoi qu'il en soit, cette observation me paraît surtout intéressante comme exemple de sept chancres infectants.

M. BARTHÉLÉMY. — J'ai eu l'occasion d'observer autrefois dans le ser-

(1) Ce mode d'infection quoique rare, paraît démontré par quelques faits. M. Morel-Lavallée, a signalé, en 1888, dans la statistique des chancres du service de M. le professeur Fournier, un cas de chancre du menton, dans lequel l'infection était probablement due au rasoir.

vice de M. Fournier une jeune femme atteinte de trois chancres de la face qui s'étaient développés sur des lésions d'acné.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DU PRURIGO DE HEBRA.

Par TENNESON.

Messieurs, pour faire suite à la communication de M. Augagneur, je vous apporte en quelques mots le résultat de mes recherches sur le traitement du prurigo de Hebra. Les faits visés par notre savant collègue étant différents de ceux que nous avons en vue, il me paraît nécessaire de rappeler brièvement certains points de l'histoire du prurigo.

Ce que tout le monde appelle aujourd'hui prurigo de Hebra est ce que tout le monde appelait, il y a vingt ans, à l'hôpital St-Louis : Lichen agrius. Sous sa forme typique si bien décrite par Hebra, si heureusement séparée par lui de ce que nos anciens en rapprochaient, c'est une dermatose incurable. A partir du moment où elle se démasque, à partir des premières années de la vie elle remplit toute l'existence du malade, avec des rémissions plus ou moins prononcées, plus ou moins longues. Aucune médication interne ou externe ne peut empêcher les reprises, les poussées successives de la maladie. Un prurigo qui récidive seulement « 13 fois sur 100 » ou même « 27 fois sur 100 » est donc un prurigo différent de celui que nous appelons prurigo de Hebra à l'hôpital St-Louis.

Messieurs, une dermatose qui dure toute la vie, qui dans les cas même où elle se généralise à toute la surface de la peau, ne porte aucune atteinte à l'état général, qui appartient, quoi qu'on ait pu dire, à toute les constitutions, à toutes les conditions hygiéniques, n'est certainement le résultat ni d'une intoxication, ni d'une auto-intoxication. Je suis de ceux qui pensent que M. Bouchard a ouvert un des chapitres les plus féconds de la pathologie en montrant que l'estomac dilaté ou non dilaté est chez beaucoup de malades « un laboratoire de poisons ». Quand on recherche les signes de l'auto-intoxication gastro-intestinale dans les grandes dermatoses de la pratique journalière, prurigo, eczéma, psoriasis, acné, couperose, quand on ne s'en tient pas au dire des malades qui ayant un bel appétit croient avoir un bon estomac, on trouve cette auto-intoxication, en chiffres ronds, 19 fois sur 20. Elle réveille, exaspère les dermatoses que je viens de nommer, mais elle est incapable de les produire. Et d'autre part l'hygiène alimentaire la plus sévère, avec ou sans antiseptie intestinale, est impuissante à les guérir. La cause du prurigo de Hebra reste donc inconnue, et quand on la découvrira ce ne sera

certainement ni dans le champ des intoxications, ni dans celui des auto-intoxications, ni dans celui du parasitisme.

Messieurs, le traitement que j'applique et préconise dans mon service depuis deux ans et demi, n'a d'autre effet que de supprimer rapidement et complètement le prurit pour un temps plus ou moins long. Assurément ce n'est pas la guérison du prurigo, mais c'est un résultat bien supérieur à ce qui a été obtenu jusqu'ici et auquel je dois peut-être le nombre relativement grand de prurigos que j'ai eus à traiter dans mes salles.

Mes recherches ont eu pour point de départ une note de M. Jacquet, sur le mode de production des élevures dans l'urticaire aiguë (Annales de dermatologie, septembre 1888). En supprimant les réflexes cutanés au moyen d'un pansement ouaté on supprime en même temps, dit M. Jacquet, et le prurit et les élevures. Je me suis empressé de vérifier le fait intéressant annoncé par M. Jacquet, et j'ai eu l'idée toute naturelle d'expérimenter l'occlusion de la peau dans d'autres affections prurigineuses, particulièrement dans le prurigo de Hebra.

Pour ce qui concerne le prurigo de Hebra (je ne parle pas en ce moment des autres dermatoses prurigineuses), le résultat a dépassé mes espérances. Quand après avoir nettoyé convenablement la peau, on la ferme par l'un quelconque des procédés que j'indiquerai tout à l'heure, voici ce qu'on observe : au bout de 24 ou 48 heures le prurit a complètement disparu, de telle sorte qu'un homme qui depuis trente ans et plus passait la moitié de ses nuits à se gratter, dort tranquillement et se croit guéri. Quand au bout de quelques jours on cesse l'occlusion de la peau, on est surpris de voir que l'effet thérapeutique persiste pendant un certain temps. Il est rare que le prurit revienne de suite ; il revient parfois au bout de quelque jours ; le plus souvent au bout de quelques semaines ou de quelques mois.

J'ai expérimenté un bon nombre de procédés d'occlusion. Le pansement ouaté, quand il faut le maintenir appliqué de la tête aux pieds pendant plusieurs jours, est incommode. Les toiles imperméables, la toile de caoutchouc en particulier, sont d'un emploi beaucoup plus facile. Il importe que la toile ne soit pas flottante, mais soit en contact avec la peau. Chez les malades qui ne reculent pas devant la dépense, au moyen de maillots, de caleçons en tissu élastique, doublés intérieurement d'une toile imperméable on peut prolonger indéfiniment l'occlusion de la peau et supprimer le prurit pour un temps indéfini. Il ne faut pas s'en laisser imposer par les accidents que les physiologistes ont observés sur des chiens recouverts d'un vernis imperméable. Rien de semblable n'est ici à craindre, et j'affirme que l'occlusion faite avec des tissus imperméables sur toute la surface de la peau pendant un temps indéfini est complètement inoffensive.

Les colles donnent de bons résultats, mais ne peuvent remplacer la toile de caoutchouc. Il faut en répéter souvent l'application : elles fin-

dent à la chaleur du lit, adhèrent alors à la chemise, aux draps ; pour certains malades cela est intolérable. On remédie en partie à cet inconvénient en saupoudrant avec de l'amidon par-dessus la colle.

M. AUGAGNEUR. — J'ai voulu dans ma communication d'hier montrer les bons résultats que j'avais obtenus par le traitement par l'acide phénique ; ma statistique ne peut indiquer absolument le chiffre des récidives après le traitement puisqu'il s'agit de malades d'hôpital qu'on ne revoit le plus souvent jamais, cependant comme elle porte sur six années consécutives je crois qu'elle présente quelque valeur. M. Tenneson croit que je n'ai pas eu à traiter de véritables cas de prurigo de Hebra, lequel est autrement rebelle et sévère dans son pronostic. Cela tient peut-être à ce que nous n'observons pas sur le même terrain. M. Tenneson a eu à soigner des adultes, moi des enfants. Rien n'empêche de croire, que le prurigo puisse être arrêté dans son évolution. Déjà nous sommes loin de le comprendre de la même façon que F. Hebra, qui en avait fait une maladie à pronostic grave se terminant par phthisie pulmonaire ; peut-être d'autres études faites sur les enfants nous montreront-elles que la maladie peut guérir. Quant à l'état général que M. Tenneson dit se conserver bon dans le prurigo de Hebra, j'ai vu souvent au contraire les sujets débiles et affaiblis. Il y a certainement autre chose que la lésion cutanée dans cette maladie, une altération de l'état général, vraisemblablement une intoxication.

M. TENNESON. Je suis loin de méconnaître les formes frustes, anormales, atypiques du prurigo de Hebra ; je les ai étudiées avec prédilection. Mais je ne saurais faire rentrer dans le prurigo de Hebra les prurigos qui guérissent en quelques mois et ne récidivent pas. Quant à la question de savoir si ces prurigos légers et le prurigo de Hebra sont des variétés d'une même espèce ou des espèces d'un même genre, cette question est actuellement insoluble et il sera même impossible de la discuter tant qu'on ne sera pas d'accord sur la caractéristique de l'espèce en dermatologie.

DU LICHEN SIMPLEX (AIGU ET CHRONIQUE)

Par M. VIDAL.

Dans la séance du 12 mars, MM. Brocq et Jacquet ont fait, sous le titre de *Notes pour servir à l'histoire des névrodermites*, une communication des plus intéressantes sur le lichen circumscriptus (lichen simplex chronique de Willan et Bateman, de Cazenave, de Devergie, etc.), une des deux formes du lichen simplex que j'ai admises dans mes leçons cli-

niques et dans un mémoire publié en 1886 dans les *Annales de dermatologie* (1).

C'est la forme la mieux caractérisée du lichen simplex, celle qui, par son étiologie, ses symptômes, et même par son anatomie pathologique, a plus de rapports avec le lichen plan d'Erasmus Wilson qu'avec les affections eczémateuses, dans le groupe artificiel et hétérogène desquelles on a voulu la confondre.

En voulant faire prématurément la classification des dermatoses, on les a groupées, non pas d'après leur pathogénie scientifiquement établie, ce que l'état actuel de nos connaissances ne permettrait pas encore de faire, mais d'après leur étiologie supposée, ou suivant les analogies d'un ou deux de leurs caractères morphologiques. C'est ainsi qu'à l'exemple d'Erasmus Wilson, de M. Hardy, de Ferdinand Hebra, beaucoup de dermatologistes ont réuni dans l'eczéma des dermopathies fort différentes, des dermites artificielles, des dermites survenant secondairement sur des affections cutanées préexistantes, et d'autres ayant leur individualité, des affections *sui generis*, telles que le lichen simplex.

MM. Brocq et Jacquet ont recherché les cas dans lesquels le lichen présente son type le plus caractérisé. Leur description très exacte de la plaque de lichen arrivée à sa période d'état a plus d'analogie avec certaines variétés du lichen plan de Wilson qu'elle n'a de rapports avec l'eczéma. La pigmentation, l'affaissement du centre de la plaque lorsqu'elle tend à la guérison, son extension par les bords par des papules d'abord isolées, puis groupées, puis cohérentes, sont des caractères qui rappellent ceux du lichen plan de Wilson.

Dans ces formes types, en dehors de toute inflammation secondaire, la lésion reste sèche, et la desquamation est fine, adhérente dans le genre de celle du lichen plan ; la surface n'a pas l'humidité de la plupart des formes de l'eczéma, ni la desquamation squameuse ou furfuracée relativement abondante des variétés sèches, avortées, de cette dermatose aux formes si diverses.

J'espère que MM. Brocq et Jacquet compléteront, l'étude qu'ils viennent de publier et en feront un des chapitres les plus importants des névrodermites, en nous donnant la description et l'histologie pathologique du lichen simplex aigu.

Ils y trouveront des caractères qui leur permettront de reconnaître des analogies entre la papule de lichen commençante et certaines formes de l'urticaire.

Chez les enfants la distinction est souvent impossible et on s'explique que Colcott Fox ait voulu attribuer à l'urticaire toutes les formes du strophulus ou du lichen, y compris le strophulus pruriginosus de

(1) E. VIDAL. *Du lichen* (lichen, prurigo, strophulus), in *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1886, p. 132.

M. Hardy. On voit en effet la coexistence des deux éruptions, le lichen en même temps que l'urticaire, et on observe aussi des papules de lichen ou de prurigo succédant directement à de petits pomphi d'urticaire qui ont été en quelque sorte la première phase de leur évolution. La durée de ces papules de lichen peut être de plusieurs jours ou de plusieurs semaines. Ces poussées de lichen et d'urticaire accompagnées de vives démangeaisons, augmentant d'intensité par les frottements et le grattage indiquent bien la préexistence de la dermalgie sur laquelle MM. Brocq et Jacquet insistent si judicieusement.

Chez l'adulte le lichen simplex aigu s'accompagne de vives démangeaisons, qui le plus habituellement précèdent l'éruption. On voit des papules rosées, plus ou moins abondantes, apparaître sur le cou, sur la face, sur les membres, en particulier sur les mains et sur les avant-bras. Ce sont de petites éminences dures, pleines, solides, d'une coloration rouge ou rosée dépassant rarement les dimensions d'un grain de millet et pour la plupart plus petites. Leur forme est généralement en rapport avec leur volume; elles sont acuminées ou coniques quand elles sont petites; un peu aplaties ou même hémisphériques quand elles sont grosses. Quand elles sont très abondantes, la poussée peut s'accompagner d'une tuméfaction des téguments.

En examinant ces papules au début on voit que le sommet de la plupart d'entre elles devient blanc lorsque l'on tend la peau. Cette pointe blanche au centre d'une auréole rosée rappelle, dans des proportions minuscules, la saillie blanche œdémateuse de l'urticaire.

L'histologie pathologique confirme cette ressemblance en montrant que dans le lichen la papule est formée par l'infiltration œdémateuse de la papille, avec cellules migratrices autour des vaisseaux et dans l'épiderme jusqu'au stratum granulosum.

Dans aucune forme de l'eczéma nous n'avons observé cet ordème aigu des papilles produisant des papules.

Ce qui nous semble expliquer pourquoi Ferdinand Hebra a fait de ce lichen aigu une variété de l'eczéma à laquelle il a donné le nom d'*eczema papulatum*, c'est que la papule du lichen peut être modifiée. Comme le pomphus d'urticaire le sommet de la papule du lichen peut s'acuminer en une minuscule vésicule, l'épiderme étant soulevé dans quelques cas par la poussée œdémateuse. Mais cette complication, plus fréquente toutefois que la vésicule sur le pomphus d'urticaire, est loin d'être habituelle.

D'autre part, il n'est pas rare de voir sur un certain nombre de papules une petite croûte brunâtre, une gouttelette de sang coagulé, résultant de l'excoriation produite par le grattage.

Le lichen simplex aigu peut envahir une grande partie de l'étendue du corps (lichen aigu général) ou se limiter à quelques régions (lichen simplex partiel). Les papules, les unes discrètes et isolées les unes des autres, ou agglomérées, peuvent se réunir et former des plaques. Ces diverses

formes se montrent de préférence à la face, au cou, aux poignets, aux avant-bras, autour de la ceinture, aux fesses, aux cuisses et aux mollets. Sur les membres elles ont de la tendance à occuper des points symétriques.

Le lichen aigu dure en général de trois semaines à un mois.

Les papules pâlisent, s'affaissent et tendent à disparaître en même temps que cessent les démangeaisons. L'éruption se termine par une fine desquamation furfuracée sur le sommet d'un certain nombre des papules.

Le lichen simplex aigu peut se reproduire à plusieurs reprises chez certains individus et être le point de départ d'un lichen simplex chronique. D'autre part, il n'est pas rare de voir chez des sujets atteints de lichen simplex chronique se produire des poussées de lichen aigu. Dans ce cas l'éruption se fait soit autour des plaques de lichen chronique, soit en d'autres régions plus ou moins éloignées, comme par exemple à la région cervicale, au pli du coude, à la main, etc.

Dans ses formes pures, typiques, dégagées de toutes complications, le lichen simplex chronique avec ses papules indurées, sèches, a plus de rapports avec les diverses variétés du lichen plan qu'avec l'eczéma. L'histologie pathologique les rapproche encore.

Dans les recherches anatomo-pathologiques que nous avons faites en collaboration avec notre savant collègue M. Leloir (1) et que nous avons communiquées, en 1883, à la Société de Biologie, nous avons constaté que les lésions pileuses regardées comme typiques par Neumann sont au contraire secondaires ; que les lésions caractéristiques se rencontrent parfaitement là où il n'y a pas de poils et que dans bien des points ceux-ci peuvent rester intacts. La lésion capitale porte sur les papilles du derme qui sont allongées et hypertrophiées.

Cette inflammation du corps papillaire au début du lichen plan a été mise hors de doute par les travaux récents de Philippson (2) et de Torök (3).

Ferdinand Hebra a éliminé du groupe lichen, le prototype du genre, le lichen simplex, pour y mettre le lichen *scrofulosorum* qui est une folliculite pilo-sébacée chronique, et y ranger son lichen *ruber* si mal déterminé, si controversé, et qui en réalité n'est qu'une des variétés du lichen planus. Nous pensons que le lichen simplex a tous les droits d'être réintégré dans le groupe lichen et d'y prendre rang à côté du lichen planus d'Erasmus Wilson et de ses diverses variétés dont l'étude est encore loin d'être complète.

(1) H. LELOIR et VIDAL. *Recherches anatomo-pathologiques sur le lichen plan*, in *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie*, 12 mai 1883.

(2) PHILIPPSON. *Monatshefte für prakt. Dermatologie*. 1889.

(3) LOUIS TORÖK. *Anatomic du lichen planus*, in *Comptes rendus du congrès international de dermatologie et de syphiligraphie*. Paris, 1889, p. 739, et *Archives de Ziegler*, 1889.

Nous admettons volontiers que ce groupe puisse rentrer dans la grande famille des *névrodermites* dont MM. Brocq et Jacquet poursuivent l'étude qui nous promet de nouvelles lumières sur cette difficile question de pathogénie.

NOUVELLE ÉTUDE SUR LA DERMATITE PUSTULEUSE CHRONIQUE
EN FOYERS A PROGRESSION EXCENTRIQUE

Par H. HALLOPEAU.

La description de la maladie que nous avons fait connaître sous ce nom repose sur deux observations qui, toutes deux, ont été communiquées au congrès international de dermatologie et de syphiligraphie, la première par nous-même, la seconde par M. Feulard. Notre malade était guérie quand elle a contracté un érysipèle généralisé dont elle est morte. Le malade de M. Feulard, après avoir séjourné dans le service de M. Fournier, est entré dans le nôtre où nous avons pu l'étudier en octobre et novembre 1889 et en faire représenter par M. Méheux une image qui est reproduite dans la 3^e livraison de l'Atlas international. Depuis lors, le malade est retourné à Jouy près de Chartres où il est garde champêtre ; nous avons été l'y visiter deux fois l'an passé et ce sont les phénomènes survenus depuis notre publication dans l'Atlas qui font l'objet de notre nouvelle communication. Nous rappellerons d'abord les principaux caractères de la maladie.

Elle est essentiellement constituée par la production successive et continue, aussi longtemps que le traitement ne vient pas l'enrayer, de foyers de suppuration qui débutent, soit isolément, soit au pourtour d'anciens foyers, par des vésico-pustules miliaires et des taches érythémateuses, s'accroissent excentriquement, donnent lieu à un prurit intense, prennent une forme circulaire, s'unissent en plaque polycycliques, s'éteignent au centre tout en s'étendant excentriquement, deviennent végétants, puis s'affaissent en ne laissant d'autres traces que des macules très lentes à s'effacer ; ils peuvent envahir toutes les parties de la surface cutanée et se développer également sur la muqueuse buccale ; parfois, ils s'étendent en profondeur, gagnent le tissu cellulaire sous-cutané et deviennent ainsi phlegmoneux. La santé générale reste relativement bonne. L'examen microscopique, pratiqué par M. Darier, a montré que les papilles et les tissus inter-papillaires présentent un accroissement énorme ; les papilles ont plus de vingt fois leur longueur normale ; leurs vaisseaux sont dilatés ; elles sont infiltrées de cellules lymphoïdes.

Les caractères que nous venons de signaler avaient été observés chez

G..., alors qu'il était dans le service de M. Fournier, aussi bien que chez notre première malade. Nous ne ferons que rappeler les principaux traits de son histoire, publiée par M. Feulard dans les comptes rendus du congrès international.

G..., âgé de 50 ans, est malade depuis un an; il présente des éruptions dans la région génito-crurale, à la face et dans la cavité buccale.

La plaque génito-crurale a la forme d'un caleçon de bain; on y voit des lésions élémentaires constituées par des pustulettes qu'entoure une zone rouge; elles se groupent en plaques plus ou moins étendues; elles deviennent végétantes dans les plis inguinaux, au scrotum, à la partie inférieure de la verge, et au pourtour de l'anus.

À la face, les lésions sont limitées au côté gauche, intéressant les lèvres, la joue et la région sous-maxillaire; la muqueuse buccale est le siège de plaques végétantes.

G... sort bientôt de chez M. Fournier, très amélioré par l'iodoforme.

15 jours après, de nouvelles pustules se manifestent sur la limite des parties antérieurement atteintes et depuis lors il s'en est développé un certain nombre.

État du malade, 18 octobre 1889.—Le devant de la partie inférieure du tronc et le haut des cuisses présentent, dans leur partie antérieure, une coloration d'un brun foncé; elle descend sur les cuisses jusqu'à huit centimètres au-dessous du pli de l'aîne. Cette plaque pigmentée correspond aux lésions anciennes; ses contours sont nets et par places polycycliques. Elle intéresse la verge et la plus grande partie du scrotum. Elle s'arrête en arrière au pourtour de l'anus. Le tégument est notablement épaissi à son niveau. On y remarque des saillies plus ou moins indurées; leur volume varie de celui d'un grain de millet à celui d'une pièce de 50 centimes. Les poils ne sont pas tombés.

La coloration brune de la plaque n'est pas uniforme; sa surface est criblée de points plus fortement pigmentés et très légèrement saillants.

Il y a de nouveau des pustules en évolution. Elles siègent pour la plupart sur le bord de la plaque. On en voit d'isolées, du volume d'un grain de millet; plus souvent elles sont conglomérées. Ces foyers sont disposés en traînées sur les bords de la surface pigmentée. On en voit aussi plusieurs dans son aire.

Ces foyers sont saillants de 3 millim. environ: leur coloration est un mélange de violet et de jaune.

L'éruption est abondante sur la verge; on voit à sa partie inférieure, deux séries de ces foyers conglomérés et saillants; ils s'unissent pour former un V dont le sommet arrondi est à 2 travers de doigt de l'extrémité du fourreau. Ses branches ont environ 2 centim. de diamètre. Il y a également des foyers conglomérés multiples sur le dos de la verge.

Ces mêmes foyers se retrouvent sur les limites de la plaque scrotale qu'ils circonscrivent presque partout.

En dehors de la grande plaque pigmentée, on en distingue sur la partie inférieure de l'abdomen plusieurs autres; leur volume varie de celui d'un grain de millet à celui d'une pièce de 2 francs; ces dernières ont, à leur périphérie, les mêmes foyers suppurés. Les plus grandes de ces plaques siègent au-dessus des épines iliaques antérieures. Les parties malades sont plus chaudes au toucher que les parties saines.

La partie médiane du tronc, à l'union des régions lombaire et dorsale, présente une plaque pigmentée dont les bords sont très nettement polycycliques et constitués par des foyers de pustules conglomérées.

Partout les lésions en activité sont plus saillantes que les parties pigmentées : celles-ci représentent celles-là en voie de régression.

Dans l'aisselle droite on voit une plaque pustuleuse en activité.

Les lésions sont très prononcées en ce moment au niveau de la face : on remarque, sur la joue gauche, une plaque saillante, moins pigmentée, supportant un grand nombre de pustulettes conglomérées. Au menton, des plaques isolées, circulaires, font une saillie de près d'un centimètre; les poils n'y tombent pas. Nous notons aussi de nombreuses vésico-pustules sur le bord libre et la face muqueuse des lèvres. La langue est le siège de sillons entre-croisés en tous sens; on y voit quelques pustulettes. A la face interne des joues se trouvent des saillies volumineuses que séparent des sillons profonds : elles sont rouges et on y voit des foyers de suppuration miliaire. A gauche, elles sont en voie de régression. Sur le voile du palais, il existe des plaques desquamées, rouges, avec de petits points jaunâtres formés par de petits abcès.

Les amygdales sont le siège de pustulettes.

L'éruption a pris en plusieurs régions un caractère plus nettement végétant; nous le verrons bientôt s'accroître encore.

L'état général est satisfaisant.

Les lésions du tronc sont traitées par l'iodoforme; celles de la face par la pommade boriquée; celles de la bouche par la lotion au chloral.

20 novembre. Toutes les lésions locales se sont amendées favorablement. Le malade accuse des vertiges que l'on peut rapporter à l'iodoforme; ce médicament est remplacé par la pommade boriquée à 1/10. Le malade demande à quitter le service.

A sa sortie, la plaque pubienne est très améliorée, la plupart des saillies pustuleuses y sont très affaissées; cependant la lésion, dans son ensemble, présente le même aspect qu'au moment où le moulage en a été fait.

On note toujours la même coloration bistre foncé au niveau du pubis et à la région antéro-supérieure des cuisses, mais les saillies s'y sont affaissées. Les pustules y sont moins nombreuses et on ne les retrouve en nombre relativement considérable qu'aux points de contact des surfaces cutanées.

L'état des lésions du fourreau de la verge est de même amélioré sen-

siblement. L'affaissement des lésions de la plaque médiane et inférieure permet de la considérer comme guérie.

La plaque dorso-lombaire est de même presque entièrement guérie.

A la face, les lésions sont moins améliorées ; il existe toujours, dans le pli qui sépare la lèvre inférieure du menton une saillie papillomateuse supportant des pustules, les unes en activité, les autres en voie de régression. Sur le menton et sur le bord libre des lèvres, on retrouve l'induration, l'inégalité, les pustules accompagnées d'épaississement des tissus que l'on y observe depuis le début de l'affection.

Dans l'aisselle droite, l'éruption n'est plus représentée que par des macules brunâtres.

L'appétit est conservé et l'état général, malgré les vertiges ressentis par le malade, paraît satisfaisant.

Lorsque, le 4 mars 1890, nous allons une première fois voir G... à Jouy (Eure-et-Loir), nous le trouvons dans sa chambre qu'il n'a pas quittée depuis son retour.

Sa maladie a continué à évoluer, sous la même forme au niveau de la grande plaque abdomino-crurale et de la région dorso-lombaire, avec une plus grande acuité au niveau du pied gauche, avec des caractères nouveaux au cuir chevelu et à la face. G... nous dit que, dès la fin de novembre, peu de jours après sa sortie de l'hôpital, son pied gauche a été envahi ; l'éruption y a débuté par la face dorsale du deuxième orteil, puis elle s'est étendue successivement aux autres orteils pour gagner ensuite la plus grande partie du pied et remonter graduellement jusqu'au tiers inférieur de la jambe. Actuellement, elle y est encore en évolution : comme précédemment, elle est constituée au début par des pustulettes miliaires qu'entoure une petite auréole d'un rouge sombre ; celle-ci ne disparaît pas sous le doigt, contrairement à ce que nous avons observé antérieurement ; le malade assure que la tache rouge est le phénomène initial ; nous constatons en effet qu'un certain nombre de ces taches existent indépendamment des pustulettes, sous forme d'un pointillé rouge.

Au-dessus de la malléole interne, se trouve une large plaque, d'un rouge sombre, parsemée de pustulettes discrètes. Sur le dos des pieds, les éléments éruptifs sont conglomérés : les uns sont constitués par des pustulettes encore en activité, les autres forment des croûtes noirâtres ou d'un brun foncé, confluentes, épaisses, cloisonnées par des sillons ; quand on les enlève, on trouve, au-dessous d'un magma demi-solide, une surface végétante non ulcérée ; sa consistance est ferme. L'ongle du troisième orteil est tombé.

La plante du pied est tuméfiée, on y voit des pustules récentes ; elles sont confluentes au niveau des plis articulaires ; nombre d'entre elles sont excoriées ; il s'en exhale une odeur fétide.

Le caractère végétant que nous venons de signaler sur le dos du pied s'est accentué au cuir chevelu et à la face, au point d'y devenir

le trait dominant de l'éruption. Le cuir chevelu a été envahi dans sa totalité, à l'exception de la base de l'occiput ; il présente actuellement une coloration d'un rouge pâle en avant, plus foncé en arrière. Dans toute la région occipito-frontale, la peau est très épaissie, éléphantiasique, et creusée de sillons profonds ; la partie malade est limitée en arrière et latéralement par un rebord saillant que surmontent des pustules en activité et des croûtes.

Au vertex et dans la région frontale, on voit les mêmes éléments éruptifs.

L'éruption déjà ancienne du menton a pris le même caractère végétant et éléphantiasique ; toute cette région, jusqu'au niveau de l'os hyoïde, est tuméfiée, indurée, creusée de replis profonds, et parsemée de pustules en activité, ou remplacées par des croûtes ; l'éruption s'étend en arrière jusqu'au niveau de l'angle de la mâchoire.

Les lèvres sont encore intéressées ; on voit, sur leurs bords libres, de nombreuses excoriations punctiformes ou sinueuses. L'état de la muqueuse buccale est le même que précédemment.

La plaque abdomino-génito-crurale ne s'est que peu modifiée : elle aussi cependant a pris un caractère plus nettement végétant ; les rebords cruraux, surmontés de croûtes confluentes, forment une saillie de trois millimètres ; il y a, sur cette plaque, peu de pustules en évolution. Le V pénien s'est affaissé. La coloration est la même qui a été indiquée antérieurement.

La plaque dorso-lombaire s'est étendue ; les pustulettes y sont en petit nombre et en voie de régression.

Les ganglions inguinaux et sous-maxillaires sont très légèrement tuméfiés.

La santé générale n'est pas altérée.

Un accident de laboratoire ne permet pas d'examiner les liquides recueillis.

Le malade continue les applications de solution et de pommade bori-quées.

14 juin 1890. De nouvelles poussées pustuleuses se sont produites, depuis notre dernière visite, au cuir chevelu, au-dessus du pubis, dans l'aisselle gauche et dans la région des lombes.

L'aspect du cuir chevelu est actuellement des plus remarquables : la plaque éruptive s'étend de la nuque au vertex sur la ligne médiane, aux régions temporales sur les côtés ; elle descend jusqu'aux oreilles, sans les intéresser. Elle forme une saillie d'un centimètre environ. Sa couleur est d'un rouge pâle. Elle est recouverte de minces croûtelles et de fines squames. Ses contours sont nets. Elle s'élève brusquement au-dessus des parties saines. Elle est creusée de sillons profonds, pour la plupart antéro-postérieurs et incurvés ; ils la divisent en circonvolutions identiques par leur configuration à celles du cerveau ; ces sillons ressemblent de même d'une manière frappante à ceux de la

surface du cerveau ; certains d'entre eux parcourent la plaque dans presque toute son étendue et son épaisseur ; d'autres ne mesurent que de 1 à 3 centim. de longueur ; ces derniers sont moins profonds et ne divisent qu'une partie du tissu de nouvelle formation. En écartant les bords de ces sillons, on voit que la face interne des circonvolutions qu'ils séparent est excoriée et le siège d'une sécrétion puriforme peu abondante. La consistance de ces saillies est molle. Elles donnent lieu à un prurit intense ; le grattage amène parfois des excoriations.

Dans la région frontale et au vertex, les plaques sont beaucoup moins saillantes et semblables à celles qui ont été décrites antérieurement ; leur surface est inégale et parsemée de croûtelles ; leurs bords sont irréguliers et sinueux. Une d'elles occupe le milieu de la région frontale : elle mesure environ six centimètres de diamètre et se continue latéralement avec les plaques temporales ; on y remarque plusieurs pustules d'un millimètre de diamètre.

Sur les parties latérales de la région frontale, des plaques analogues se continuent insensiblement avec les masses saillantes ; elles sont également parsemées de pustulettes.

La seule partie du cuir chevelu exempte d'altérations répond au vertex ; elle a la forme d'un fer à cheval encadrant une plaque malade grande comme une pièce de 2 francs.

Le malade a depuis longtemps une alopécie incomplète, elle a fait beaucoup de progrès sous l'influence de l'éruption ; les *cheveux ont presque entièrement disparu sur la surface libre des replis cutanés* ; il en reste à l'occiput quelques touffes insérées au fond des sillons ; on en voit encore à la nuque et quelques-uns sont clairsemés sur les régions temporales.

Les replis déjà signalés au menton et semblables à ceux du cuir chevelu font également une saillie d'un centimètre.

L'état des lèvres, de la langue et de la face interne des joues ne s'est pas modifié.

La plaque dorso-lombaire mesure à présent 90 cent. verticalement sur 0,07 transversalement ; on remarque, à sa périphérie, des saillies végétantes dont la pression fait sourdre du pus.

L'éruption est de nouveau en pleine activité à la face inférieure de la verge.

Au niveau des cuisses, les saillies des rebords qui limitent la grande plaque sont comparables à celles des parties éléphantiasiques du cuir chevelu.

Au membre inférieur gauche, tout le pied, à l'exception d'une partie de sa face plantaire, et les deux tiers inférieurs de la jambe *présentent les mêmes saillies végétantes, confluentes et formant ainsi une masse continue* ; elles sont recouvertes de croûtes d'un jaune brun, épaisses d'environ un millimètre et limitées par des sillons peu profonds qui

s'entre-croisent en tous sens ; elles sont séparées, en haut, des parties saines par un rebord saillant nettement arrêté, sauf en avant où l'éruption est encore en activité et constituée, comme elle l'est constamment en pareil cas, par une rougeur érythémateuse parsemée de pustulettes miliaires ; par exception, une de celles-ci est translucide et remplie d'un liquide clair.

À la face plantaire, il n'y a de peau saine qu'au talon et à la partie antérieure de la région métatarsienne : partout ailleurs la peau est surmontée des mêmes saillies végétantes recouvertes de croûtes qui viennent d'être décrites ; on voit, sous les ongles, des masses concrètes incomplètement kératinisées.

L'examen du liquide recueilli avec les précautions antiseptiques donne à M. Darier les résultats suivants :

« De tous les tubes fournis, les seuls qui ont donné des cultures sont ceux contenant du pus de la plante du pied.

Ce pus ensemencé sur la gélose a donné des cultures pures d'un coccus poussant rapidement à l'étuve et dont les taches ont au bout de 2 jours la grandeur d'une lentille et une couleur d'un blanc grisâtre. Sur la gélatine, développement très lent et pas de liquéfaction au bout de 8 jours. Au microscope, groupement en staphylococcus.

Ce microbe ressemble beaucoup au staphylococcus albus, il en diffère par la lenteur avec laquelle il liquéfie la gélatine. C'est peut-être celui que l'on rencontre le plus souvent dans les éruptions cutanées vésiculeuses et bulleuses ; je l'ai en effet rencontré dans l'impétigo, dans l'acné, et même dans le zona, etc.

Les cultures préparées avec les autres tubes sont restées stériles, peut-être parce que le tube a été chauffé au moment de sa fermeture à la lampe ou au moment de l'ensemencement. Les milieux de cultures étaient bons ainsi que j'ai pu m'en assurer par d'autres ensemencements consécutifs. Ces liquides m'ont paru ne pas contenir de microbes à l'examen microscopique sur lamelles. »

Ce qui caractérise plus particulièrement l'éruption de G..., c'est la production, après la phase aiguë de la dermite, de ces saillies végétantes qui arrivent à constituer des masses d'aspect éléphantiasique ; des lésions analogues ont été notées chez notre première malade ; il est dit, en effet, dans son observation, que les plaques de la nuque présentent un grand nombre de saillies dures et mamelonnées, qu'au niveau de la grande plaque génito-crurale les parties sont indurées, que les téguments y forment des bourrelets séparés par des sillons profonds, qu'une des plaques fessières fait une saillie notable avec épaississement et induration du derme et des tissus sous-jacents, la plaque signalée à la face interne de la joue était également bourgeonnante, mamelonnée et creusée de sillons ; de même, M. Feulard a noté chez G...,

il y a quinze mois, l'épaississement de la peau au niveau de la plaque génito-crurale qui présentait un aspect mamelonné comparable à celui des condylomes syphilitiques confluents des grandes lèvres, et, à la face, le relief en bourrelet demi-circulaire de la plaque mentonnière. Mais ces saillies étaient loin d'être aussi prononcées qu'elles le sont aujourd'hui chez G... Elles peuvent modifier profondément la physionomie de l'éruption : lorsqu'elles sont surmontées de croûtes et entourées de pustules et d'érythème, comme celles de la grande plaque abdomino-génito-crurale de G..., l'aspect demeure, dans son ensemble, celui que nous avons décrit dans nos premières notes ; mais il n'en est plus de même lorsque les éruptions de dermatite aiguë ont fait place à la prolifération éléphantiasique qui déforme si singulièrement le cuir chevelu de G... : ces saillies, rappelant tout à fait par leur configuration et leurs rapports réciproques les circonvolutions cérébrales, n'ont été, à notre connaissance, observées dans aucune autre maladie ; elles faisaient défaut chez notre première malade, bien qu'il se soit produit chez elle des lésions étendues et persistantes du cuir chevelu.

Nous nous sommes demandé s'il s'agissait là de lésions destinées à durer, comme le font les néoplasies et l'éléphantiasis, ou si elles devaient subir une évolution rétrograde qui en amènerait peu à peu la disparition ; l'affaissement graduel, chez notre première malade, des plaques saillantes et leur disparition complète permettaient d'espérer qu'il en serait ainsi chez G... : l'évolution de la maladie a justifié cette présomption.

Nous avions l'intention d'aller encore à Jouy pour y prendre la photographie du cuir chevelu, le malade se refusant à se laisser mouler ; la note suivante, que nous devons à l'obligeance du D^r Martin, de Lèves, nous en a détourné. Voici, en effet, quel est aujourd'hui, d'après notre confrère, l'état de G... :

« 1° *Cuir chevelu*. Il s'est produit une grande amélioration. Les circonvolutions ont presque entièrement disparu ; la peau a repris sa couleur normale, *les cheveux ont repoussé avec leur teinte naturelle* ; une photographie non plus qu'un moulage de la tête ne présenteraient actuellement d'intérêt et ne pourraient donner qu'une idée très imparfaite de ce qui existait il y a un an.

2° *Au visage*, l'amélioration est moins prononcée. Le menton, dépouillé de barbe, est le siège d'un foyer de suppuration qui envahit la lèvre inférieure.

3° *Aux parties génitales*, on n'observe aucune amélioration, il y a plutôt même aggravation : on y remarque des saillies végétantes considérables.

4° *A la jambe et au pied*, les manifestations tendent à disparaître ; il n'y a plus que quelques saillies végétantes sur la face dorsale du pied. Le malade ne veut suivre aucun traitement. »

C'est un des caractères les plus remarquables de cette maladie que cette tendance de ses manifestations à disparaître entièrement et sans laisser pour ainsi dire de traces alors même qu'elles ont donné lieu, d'une manière durable, aux déformations les plus considérables, telles que celles du cuir chevelu chez G...; les macules mêmes qui leur sont consécutives s'atténuent graduellement et finissent par s'effacer presque complètement.

Pour résumer, sous forme de conclusions, les faits contenus dans cette note, nous dirons que le caractère végétant de cette nouvelle dermatite peut devenir prédominant, que les saillies cutanées peuvent y atteindre un centimètre de hauteur, qu'elles peuvent, lorsqu'elles siègent au cuir chevelu, lui donner un aspect étrange rappelant traits pour traits la configuration des circonvolutions cérébrales, qu'il en peut résulter une alopécie presque complète, que ces phénomènes sont transitoires et qu'au bout de quelques mois ces végétations s'affaissent et disparaissent peu à peu, comme c'est la règle pour toutes les manifestations de cette maladie, sans laisser d'autres traces apparentes qu'une pigmentation lente à s'effacer.

RHUMATISME BLENNORRAGIQUE ET SYPHILIS. TRAITEMENT MERCURIEL DES ARTHROPATHIES GONORRHEÏQUES

Par A. MOREL-LAVALLÉE.

Messieurs, ceci n'est pas une communication que je vais faire, c'est un point d'interrogation que j'entends poser devant vous, afin de provoquer une discussion et de susciter des recherches sur un point nouveau et fort curieux de la syphilo-vénéréologie.

A l'époque, encore peu éloignée de nous, où la blennorrhagie faisait partie du groupe des affections syphilitiques, elle et ses complications étaient regardées comme justiciables du traitement mercuriel. Ainsi on trouve dans un n° de 1846 de la *Gazette médicale*, une observation de Rayer, ayant trait à une arthrite blennorrhagique de l'épaule, laquelle fut soignée comme suit : « 4 cautères *loco dolenti*; — fumigations de cinabre sur l'épaule; — pilules de Sédillot; — tisane de salsepareille.

Or, quand il devint avéré que la chaudepisse constituait une entité morbide n'ayant rien à faire avec la vérole, Rayer continua à appliquer au blennorhumatisme, paraît-il, le traitement mercuriel, dont il avait vraisemblablement retiré de bons effets. N'y aurait-il eu là que des coïncidences, ou y eut-il effet thérapeutique réel? On peut se le demander (en songeant à l'action à la fois résolutive et antiseptique générale du mercure), en présence de deux faits que j'ai observés et où l'usage interne

de ce médicament semble avoir eu une action curative rapide et heureuse, après l'échec des autres médications usuelles. Or, les deux malades étaient l'un, sûrement, l'autre presque sûrement, des syphilitiques. Chez le premier, une blennorrhagie détermina une arthrite à tendance *plastique du genou* et du coude, en même temps que parurent, sur plusieurs diaphyses, des exostoses volumineuses. Le repos, la révulsion, le massage, les eaux d'Aix-les-Bains lui avaient à peu près rendu l'usage de ses jointures, mais la guérison complète ne se fit que par le traitement mercuriel systématique intermittent qui fit en même temps disparaître entièrement les exostoses, alors déjà anciennes.

Le second sujet, dont l'observation figure dans une thèse en voie d'impression (1), avait eu une dizaine de chaudepissées et chaque fois avait subi une rechute avec aggravation de cette forme de blennorhumatisme que M. do Amaral appelle, je crois, *polyarthrite blennorrhagique déformante progressive pseudo-noueuse*. A chacune des dernières crises, les mains avaient, en effet, pris l'aspect des déformations du *rhumatisme noueux*, avec une forte atrophie musculaire, puis une certaine amélioration était survenue une fois chaque orage passé. Or, après la dernière rechute, ou récurrence, ce que le traitement usuel (électricité comprise) n'avait fait que d'une façon lente et incomplète fut réalisé en quelques semaines par l'usage ininterrompu de pilules de protoiodure (0,10 c. par jour). Non seulement ces déformations osseuses diminuèrent, mais l'atrophie musculaire des mains et des avant-bras guérit en partie, au point que le malade, qui se voyait, au sortir de l'hôpital, dans l'impossibilité de reprendre son métier de pianiste, pouvait, un mois plus tard occuper avec succès les fonctions d'accompagnateur dans un casino.

Messieurs, je le répète, je ne prétends tirer ici aucune conclusion, mais seulement éveiller l'attention sur un point obscur et étrange de la clinique vénérienne; tellement étrange même et inattendu que je veux, pour attester la réalité des faits qui précèdent, en appeler au témoignage irrécusable de M. le professeur Fournier. Le premier de mes malades est, en effet, un des ses clients auprès duquel je l'avais suppléé quelque temps; le second est un jeune homme que j'avais soigné en ville, et que mon excellent maître voulut bien admettre dans son service de la Clinique.

Ces faits curieux, s'il ne s'agit pas là de simples coïncidences, posent toute une série de problèmes nouveaux.

1. Le rhumatisme blennorrhagique est-il favorisé par un terrain syphilitique? Ou seulement telle ou telle de ses formes (la forme plastique, la forme noueuse)?

2. S'agirait-il là d'une association microbienne, ou simplement d'un réveil de l'influence ostéo et arthropathogène de la syphilis par le blennorrhagisme?

(1) E. do AMARAL, Th. de Paris, 1891.

3. Le traitement mercuriel n'aurait-il prise sur le rhumatisme blennorrhagique que chez les syphilitiques, comme s'attaquant à des arthropathies mixtes, ou serait-il actif, au titre d'antiseptique général ou spécifique, dans tous les blennorhumatismes ? etc...

On voit qu'il y a là un certain nombre de questions nouvelles et intéressantes, au cas où plusieurs observateurs rechercheraient et constateraient à nouveau de bons effets obtenus à l'aide de la médication hydrargyrique dans le rhumatisme gonorrhéique.

M. BALZER. Je n'ai pas eu l'occasion de donner du mercure à des malades atteints de rhumatisme blennorrhagique ; mais il est très fréquent de voir des syphilitiques avoir la blennorrhagie au cours d'un traitement mercuriel, et celui-ci n'avoir aucune action sur la blennorrhagie.

M. MOREL-LAVALLÉE. — Je n'ai pas parlé de l'écoulement, mais seulement du rhumatisme blennorrhagique, ce qui est bien différent.

ANGINE ŒDÉMATEUSE SURAIGUE CONSÉCUTIVE A UNE ÉRUPTION
SALOLÉE DE CAUSE EXTERNE

Par A. MOREL-LAVALLÉE.

Je donne en ce moment des soins à une jeune femme atteinte de cette forme de syphilis que j'ai appelée *syphilis cutanée intense précoce*, c'est à-dire que depuis les premiers mois de son mariage, qui remonte à un an, elle ne peut guère rester plus d'une dizaine de jours sans présenter en un point quelconque de sa peau ou de sa muqueuse buccopharyngée des poussées de syphilides tenaces, déjà *figurées*, orbiculaires, granuleuses et séborrhéiques au visage. Le traitement mercuriel, il est vrai, triomphe de ces accidents, malheureusement on ne peut l'employer ici que par courtes périodes et à doses infinitésimales, sous peine de provoquer des phénomènes de mercurialisme grave rentrant dans l'*hydrargyria maligna* de G. Alley. (L'observation en est publiée dans un mémoire en cours d'impression.)

Cette dame souffrait donc le mois dernier d'une surdité récente, avec suppuration du conduit auditif externe gauche due à des syphilides rebelles de ce conduit : je l'envoyai consulter à ce sujet mon ami le D^r Hermet. Celui-ci déclara ne pouvoir explorer ou soigner le tympan qu'après guérison du conduit auditif, et, en conséquence, il prescrivit l'adjonction au traitement spécifique interne de lavages émollients de l'oreille suivis d'insufflations de salol en poudre.

A deux ou trois jours de là, j'étais appelé d'urgence chez ma cliente qui avait de la fièvre, une céphalalgie, et un état de stupeur et d'abattement tels que je me crus pendant 36 heures au début d'une méningite spécifique. Il y eut même des vomissements ; anorexie absolue.

La gorge était bien un peu douloureuse, mais elle ne *désenplissait* pas de plaques muqueuses depuis si longtemps !... Cependant au bout de 24 heures, le pavillon de l'oreille était tuméfié, rouge violacé, turgide ; le lendemain, cette rougeur encore augmentée, était recouverte d'une granité grisâtre, d'une vésiculation confluyente à l'état embryonnaire. L'hypothèse d'un érysipèle fit place alors dans mon esprit à celle d'une nouvelle poussée d'hydrargyrie à siège initial bizarre, — fait d'autant plus malheureux, pensais-je, qu'il allait m'imposer la suspension du traitement spécifique au moment même où l'imminence d'accidents nerveux graves en imposait impérieusement la continuation quand même.

Le soir de ce jour, je fis appeler en consultation mon ami et maître M. Brocq. Il ne put venir que le lendemain matin. Le diagnostic d'érythème *artificiel* s'imposait, mais M. Brocq, se fondant sur la ressemblance de la lésion avec l'« eczéma » phéniqué, opina formellement pour son origine salolée locale (et non pour un début d'hydrargyrie pathogénétique) ; de fait, la malade avoua s'être *bourré* l'oreille de poudre de salol pour assécher plus vite ses érosions suintantes.

L'examen de la gorge, plus caractéristique ce matin-là que la veille, nous donna à la fois la clé de la céphalalgie, de la stupeur et de l'oppression violente qui existait depuis 24 heures. Tout aspect spécifique avait disparu devant un boursofflement rouge, œdémateux généralisé de l'isthme pharyngé, presque obstrué par la turgescence des amygdales. La luette, allongée et volumineuse, tremblotante, semblait comme injectée d'un liquide transparent. Sur le fond rouge du voile du palais se voyait un semis blanchâtre d'érosions aphtiformes irrégulières.

Aucun doute n'était plus possible. Il s'agissait d'une angine œdémateuse suraiguë propagée du dehors par l'oreille moyenne et la trompe. Si l'on eût ignoré l'application salolée, un seul diagnostic fût resté possible. celui d'*erysipelas intro versum*.

M. Brocq crut pouvoir affirmer que ces symptômes cérébraux n'avaient sans doute pas d'autre origine et qu'on pouvait écarter probablement l'idée d'une syphilis cérébrale. L'événement lui donna raison.

Tout traitement interne ayant été supprimé, sous la seule influence des gargarismes et lavages de guimauve cocaïnés, des pulvérisations..., etc., tout symptôme effrayant avait disparu en 36 heures, et en 3 ou 4 jours l'angine elle-même progressivement s'éteignit, ainsi qu'il advient d'une angine œdémateuse rhumatismale ou a *frigore*, par exemple...

Nous avons tenu à rapporter ce fait pour plusieurs raisons : parce que nous ne connaissons pas d'exemple d'un érythème salolé, ou même médicamenteux ayant amené une angine assez grave pour simuler une

méningite ET FAIRE SONGER PENDANT 24 HEURES AU BESOIN D'UNE TRACHÉOTOMIE. Ensuite parce qu'il est confirmatif de cette particularité sur laquelle nous avons entendu insister notre cher maître, M. Besnier ; à savoir qu'il est remarquable que le salol, si bien toléré par le tube digestif où il ne se dédouble pas en ses deux composants si toxiques, se dédouble au contraire facilement sur la peau en présence des corps gras (ici, du sébum et de la suppuration auriculaires).

Signalons en dernier lieu la prédisposition du même sujet à réaliser des érythèmes médicamenteux (mercure, salol), fait sur lequel a également insisté M. Besnier dans un travail récent ; cependant nous devons ajouter que chez cette femme la réaction cutanée hydrargyrique ne se produit qu'au prorata des doses mercurielles employées et n'est pas éveillée par toutes les préparations mercurielles, fait en opposition avec la règle posée à ce sujet par l'éminent maître que nous venons de citer. Notre malade présente même cette curieuse exception que de tous les modes d'administration du mercure, celui que jusqu'à présent elle a pu suivre avec les chances d'immunité cutanée les plus grandes et les plus prolongées est *précisément le traitement par frictions* ; toutefois on voit rapidement chez elle se produire la gingivite rétro-molaire inférieure unilatérale, véritable soupape de sûreté de la saturation mercurielle et qui a été si heureusement appelée *Stomatite d'alarme* par le professeur Fournier.

DES RAISONS QUI SEMBLÉNT MILITER EN FAVEUR DE LA NON SPÉCIFICITÉ DU GONOCOQUE

Par J. ERAUD (de Lyon).

A la session annuelle de l'année dernière, j'avais l'honneur de présenter sur ce même sujet, une première série de recherches bactériologiques dont je rappellerai ici, pour mémoire, un court résumé. Je disais :

1° Que j'avais recueilli dans la sérosité de l'épididymite blennorrhagique, par la ponction faite antiseptiquement de la vaginale, un microbe à l'état de diplocoque-staphylocoque ;

2° Que dans la prostatite blennorrhagique subaiguë ou mieux dans le résidu urinaire d'origine prostatique, après pression de la prostate et après lavage préalable du canal, j'avais constaté la présence également d'un diplocoque-staphylocoque ;

3° Que dans l'urèthre normal d'enfants de 7 à 10 ans, ou d'adolescents de 16 à 18 ans, vierges de tout écoulement urétral et de tout accident blennorrhagique, au milieu des microbes dits saprophytes, j'avais isolé un diplocoque-staphylocoque de même groupement mor-

phologique que les précédents, et que j'avais appelé *staphylocoque uréthral* ; que d'autre part, chacun de ces microbes étudié séparément, présentait les caractères communs ci-après : 1° la non liquéfaction de la gélatine ; 2° l'absence de toute action pyogène, par leur inoculation sous la peau des animaux ; 3° leur non passage dans le sang des animaux (cobayes) qu'ils tuent par septicémie sans lésion appréciable ou apparente des viscères ; 4° la faculté de reproduire expérimentalement l'orchite chez le chien.

Que d'autre part, enfin, ayant obtenu des cultures pures de *gonocoque*, soit sur agar, soit sur gélatine, ce dernier présentait tous les caractères communs aux précédents ; que par conséquent, en raison de cette similitude de caractères objectifs et subjectifs entre ces divers microbes, il y avait lieu de rechercher si l'analogie, voire même si l'identité n'existaient pas entre eux. Pour cela, il fallait s'assurer s'ils se comportaient tous de même vis à vis de la méthode de décoloration de Gram, suivant le procédé de G. Roux qui a été et qui est considéré comme une réaction spécifique du gonocoque.

L'année dernière, nous avons avancé que ces divers microbes se décoloraient incomplètement. Or cette année, nous avons repris plus spécialement cette question, et avec les mêmes matières colorantes qui, en l'espèce, décolorent le gonocoque, le staphylocoque prostatique, etc., nous avons reconnu que le staphylocoque uréthral, se décolore également par la méthode de Gram, quoique cependant d'une façon moins absolue. C'est donc dire qu'il existe dans l'urèthre sain de l'homme un diplocoque qui se comporte vis-à-vis de la méthode de Gram comme le gonocoque ; c'est donc dire que ce procédé reste tel quel, à titre de preuve complémentaire, mais non de certitude absolue de réaction spécifique (1).

C'est ce défaut de certitude qui explique l'opinion d'un certain nombre de médecins légistes (Brouardel, Vibert, Bordas, Bovet, etc.) qui considèrent cette réaction comme douteuse et comme leur ayant donné des résultats incertains surtout dans les cas difficiles, comme celui par exemple, des *vulvites* des petites filles, où le diagnostic de *vulvite simple ou spécifique*, serait si important à établir. C'est ainsi que Furbringer, contrairement à Steinschneider, est venu tout récemment encore soutenir que cette méthode n'était pas spécifique.

(1) J'ajouterai que ce procédé doit vraisemblablement varier comme résultat, eu égard aux matières colorantes employées (degré de pureté ou d'impureté, concentration) et aux bouillons de culture (matières grasses, etc.) ; que, de plus, il y a probablement une grande différence entre une préparation provenant d'une culture, et une préparation provenant du tissu ou du pus lui-même, relativement à leur mode de réaction respectif sur les matières colorantes. Toutes considérations qui peuvent expliquer dans une certaine mesure, les opinions divergentes des auteurs, opinions qui ont sans doute leurs raisons d'être, et qui, partant, montrent que le procédé en question est exact en lui-même, mais qu'il ne faut lui demander que ce qu'il peut donner.

Mais, et pour passer à un autre ordre d'idées, je me suis demandé s'il n'était point possible de pousser la question plus loin, et de savoir, dans le cas où ces divers microbes sécrèteraient des ptomaines, si ces ptomaines seraient identiques et si les effets dus à ces dernières seraient également similaires. L'expérimentation a pleinement confirmé les prévisions. Ce sont ces ptomaines, ou tout au moins l'une d'elles, la *diastase*, qui fait l'objet de mes recherches nouvelles, recherches faites en commun avec M. Hugounenq, agrégé à la Faculté de Lyon (1).

En effet, ces divers microbes semblent produire des ptomaines, mais de diverses sortes : une *diastase* d'abord, et des *leucomaines*, qui sont complexes. Je ne parlerai ici que de la diastase sécrétée par le *staphylocoque uréthral* (le saprophyte), et la diastase sécrétée par le *gonocoque*.

Les diastases, pour les définir en quelques mots, sont des composés organiques, complexes, ayant la composition des matières albuminoïdes, solides, amorphes, insolubles dans l'alcool et les dissolvants organiques habituels (éther, chloroforme), solubles dans l'eau. J'ajouterai que pour obtenir la diastase d'un microbe ; il convient d'opérer sur une certaine quantité de bouillon de culture, au moins 2 à 300 grammes, que l'on filtre à la bougie Chamberland et que l'on traite ensuite par l'alcool absolu, soit 3 à 4 fois au moins d'alcool pour la quantité de bouillon filtré. Immédiatement après l'addition de l'alcool, on voit se produire une coloration blanc grisâtre, couleur d'absinthe, et en même temps des grumeaux qui se précipitent au fond de l'éprouvette. La précipitation n'est complète qu'au bout d'un temps très variable, eu égard à la quantité de bouillon employé, depuis 36 heures jusqu'à 4, 6 jours et plus. Au bout de ce temps, on filtre le tout, et sur le filtre se déposent alors et la diastase et les sels du bouillon.

La diastase ainsi obtenue constitue un produit d'un blanc plus ou moins pur, s'altérant facilement à la lumière, et étant détruit par une température de 70° à 80°, les acides forts, les bases énergiques.

Le plus souvent, elle est mélangée aux matières salines précipitées en même temps par l'alcool des solutions aqueuses, d'où l'aspect cristallin que présentent quelquefois ces dépôts : la *dialyse* permet alors d'enlever ces matières minérales. C'est ainsi que purifiée, et mise en dissolution dans l'eau, elle peut alors être étudiée comme un bouillon de culture lui-même. Quant à l'alcool, on le distille par l'évaporation à feu lent ; et le bouillon ainsi débarrassé de la diastase, ainsi débarrassé de l'alcool, ne renferme plus que les *leucomaines*, produit complexe et donnant lieu à

(1) Il importe en effet de savoir si ces ptomaines sont bien vraiment la résultante du microbe, ou bien des produits du bouillon de culture lui-même. On sait bien, il est vrai, que certains microbes sécrètent des toxines, mais il est permis de se demander si les divers éléments qui entrent dans la constitution d'un bouillon (viande peptone), ne sont pas capables d'effets physiologiques : c'est ce qui demande de notre part des recherches comparatives plus approfondies.

des manipulations fort longues, si surtout on y soupçonne la présence d'un alcaloïde, comme cela nous paraît fort probable pour le gonocoque.

Mais je reviens à la diastase, pour étudier ici son action physiologique, en tant que ferment, en tant que substance phlogogène, réservant, pour une communication ultérieure, ses propriétés chimiques, sur lesquelles d'ailleurs, nos recherches sont à peine commencées.

Diastase du *staphylocoque uréthral*. Elle a été étudiée sous 4 chefs principaux :

a) *Action de la diastase sur l'organisme en général.* — 1 c. c., 2 c. c. injectés sous la peau de plusieurs cobayes ou lapins, n'ont pas produit la mort ; de même 5 c. c. et 12 c. c. injectés dans la veine auriculaire de deux lapins n'ont rien produit ; il n'est à noter qu'un noyau d'empatement au niveau de la piqure d'inoculation. De même, 10, 15, 20 c. c., injectés dans le tissu cellulaire du chien, n'ont rien produit.

b) *Action de la diastase sur les surfaces articulaires, sur l'iris du lapin, du chien.* Effets nuls.

c) *Action de la diastase sur l'urèthre du chien.* — Effets nuls.

d) *Action de la diastase sur le testicule du chien*, l'autre étant gardé comme témoin. C'est dans ce cas que les résultats ont été les plus manifestes. Car sur trois chiens d'âge variable, l'orchite a toujours été reproduite ; sur le plus jeune (12 à 15 mois), l'orchite a été suivie de *funiculite* d'abord simple, puis suppurée ; en même temps, suppuration de la vaginale qui a duré près de 3 semaines, puis s'est tarie spontanément. Consécutivement, le testicule diastasé a été frappé d'*atrophie*, au point que le testicule a été réduit au volume d'un haricot : c'est la reproduction expérimentale de la *haricocèle* (Ricord).

Diastase du *gonocoque*. Nous l'avons étudiée sous 3 chefs :

a) *Action de la diastase sur l'organisme en général.* — 1 c. c., 2 c. c., sous la peau de plusieurs cobayes. 2, 4, 6 c. c. sous la peau de plusieurs chiens, n'ont donné lieu qu'à un léger noyau d'induration, mais sans phénomène inflammatoire appréciable.

b) *Action de la diastase sur l'urèthre du chien.* — Effets nuls.

c) *Action de la diastase sur le testicule*, l'autre étant gardé comme témoin, 1 c. c. 5, injecté dans le testicule d'un chien de 7 à 8 mois a donné lieu à une orchite et funiculite très douloureuses. Puis suppuration de la vaginale abondante, jaunâtre, pendant près de deux septénaires, puis consécutivement *atrophie*.

De cette double série de recherches expérimentales, afférentes à l'étude physiologique de ces diastases, on peut tirer ce me semble les quelques conclusions ci-après :

1° Que ni l'une ni l'autre de ses diastases n'est *toxique*.

2° Que, injectée dans le tissu cellulaire d'animaux différents (cobayes, lapins, chiens), elle ne semble ni l'une ni l'autre donner lieu à des phé-

nomènes inflammatoires, si ce n'est pourtant un léger empâtement au niveau de la piqure d'inoculation;

3° Que d'autre part, injectées dans le testicule du chien, elles y déterminent toutes deux une orchite très nettement caractérisée, compliquée de suppuration de la vaginale, d'où l'action en quelque sorte *élective* que chacune de ces diastases paraît avoir pour le parenchyme testiculaire.

4° Qu'enfin le pus ainsi produit, est un pus exclusivement composé de leucocytes jeunes, privés de parasites, *aseptique*, pour ainsi dire : ce qui semble démontrer, qu'en l'espèce, on peut produire de la suppuration sans l'intervention directe des microbes.

Tels sont les faits. Pour être complet, il eût fallu reproduire expérimentalement la blennorrhagie, mais dans l'état actuel de nos connaissances, cela est impossible ; nous ne connaissons pas d'animaux qui prennent la blennorrhagie. Mais à cette preuve près, il conviendra d'avouer que la spécificité du gonocoque est grandement compromise, d'autant que par ailleurs, sur d'autres champs de la sphère médicale, la spécificité microbienne est également fortement battue en brèche. Au surplus, je ne veux point émettre ici de doctrine quelconque ; c'est un groupe de faits que j'ai voulu mettre en parallèle, pensant que peut-être un jour, ils serviront de trait d'union entre les *phlogogénistes* et les *virulistes*.

NOTE SUR L'ALBUMINURIE LIÉE A LA BLENNORRHAGIE

Par MM. F. BALZER et A. SOUPLET.

Rayer cite un certain nombre d'auteurs qui ont avant lui abordé cette question, mais on peut dire que c'est par lui qu'elle a été nettement posée. « J'ai vu, dit-il, plusieurs cas d'extension de la blennorrhagie à la vessie, aux uretères, aux bassinets et aux reins ; les phénomènes observés se rapportaient plus spécialement à la pyélo-néphrite qu'à la néphrite proprement dite. » Il a vu nettement cette propagation se faire non seulement dans les affections chroniques de l'urèthre, de la vessie, de la prostate, mais tout particulièrement dans la blennorrhée chronique. Il écrit même les lignes suivantes à propos de l'orchite : « Plusieurs fois j'ai vu la coïncidence de l'orchite avec la néphrite, mais c'était dans des cas de blennorrhagie très intense et dans lesquels l'inflammation s'était propagée aux reins par la vessie ; les testicules s'étaient en même temps ou consécutivement affectés ».

Après Rayer, nous trouvons de nombreux documents émanés de Virchow (1867), Klebs, Lancereaux, Rosenstein, Deroyes, Bazy, Gilles, Arnozan, Mazzitelli, Peter, Eraud, Lecorché et Talamon, Garcin, Gouverné, etc. Toutefois, nous citerons particulièrement les travaux de Jubiot (Thèse de Strasbourg, 1869) et de Luxcey (Thèse de Paris, 1879). Ce dernier auteur établit trois variétés de complications rénales dans la blennorrhagie : 1° pyélo-néphrite ascendante manifeste, avec douleurs

ascendantes, douleurs lombaires ; 2° cas où la cystite seule est manifeste ; 3° cas où la néphrite est indépendante, où il se produit un retentissement à distance de la blennorrhagie, sans lésion des parties intermédiaires. Ce retentissement se produit à la manière des autres manifestations métastatiques de la blennorrhagie ; c'est du rhumatisme blennorrhagique du rein. Cet organe est atteint par le rhumatisme blennorrhagique, comme peuvent l'être le cerveau, les méninges, la plèvre, la parotide, etc.

Comme on le voit, les documents précis ne manquent pas sur cette question. Pourtant, nous croyons qu'elle doit encore appeler l'attention des vénéréologues, surtout en ce qui concerne les *phases aiguës* de la blennorrhagie, car on s'est attaché surtout à l'histoire des formes chroniques, dans lesquelles la lésion rénale est le plus souvent secondaire à des affections anciennes de la prostate ou de la vessie. Ces formes ont fait l'objet d'études minutieuses dans ces dernières années, de la part notamment des élèves de M. Guyon, MM. Hallé, Albarran, Clado, etc.

D'après les observations que nous avons faites depuis le commencement de l'année à l'hôpital du Midi, les cas d'albuminurie se sont présentés par séries. Ils sont parfois assez nombreux dans le service ; parfois au contraire, ils font défaut complètement.

Pendant les mois de janvier, février et mars, nous avons examiné les urines de 163 malades et recueilli les résultats suivants :

Blennorrhagies,	50 cas ;	avec albuminurie,	6 cas.
Orchites simples,	94 cas ;	—	10 cas.
Orchites doubles,	19 cas ;	—	4 cas.

Le relevé donne donc un total de 20 malades ayant présenté de l'albuminurie, soit 12 0/0 environ. Nous avons éliminé de la statistique quelques cas douteux, avec hématurie, et d'autres dans lesquels l'albumine n'existait qu'à l'état de traces dans l'urine.

Tous les malades observés étaient jeunes, âgés en moyenne de 25 à 30 ans. Ils étaient atteints de blennorrhagies récentes datant d'un mois au maximum. Un seul présentait une blennorrhagie ancienne, datant de trois ans. Nous avons cru devoir laisser ce cas dans la statistique, parce que l'écoulement persistait encore. Nous avons éliminé au contraire un cas d'albuminurie intermittente avec cystite d'origine blennorrhagique datant de cinq ans. Mais il s'agissait d'un malade âgé et chez lequel tout écoulement avait cessé depuis longtemps.

Toutes les orchites étaient aiguës et récentes.

Chez tous les malades, l'examen de l'urine a été pratiqué à leur entrée d'après les procédés cliniques habituels, par la chaleur, l'acide acétique et l'acide nitrique. L'examen était pratiqué plusieurs jours de suite quand il y avait quelque doute. Enfin, l'urine de ceux qui avaient, dès le premier jour, présenté de l'albumine, a été régulièrement examinée tous les quatre ou cinq jours. On prend toujours les précautions nécessaires pour éviter les causes d'erreur qui peuvent résulter de la présence des dépôts purulents ou hématiques.

L'aspect des urines ne fournit pas toujours des renseignements importants : des urines très claires sans dépôt contiennent beaucoup d'albumine ; d'autres avec des dépôts purulents abondants n'en contiennent pas. Du reste, aucun symptôme ne peut faire prévoir l'albuminurie, notablement plus fréquente chez les malades atteints de cystite (6 cas) et d'orchite (14 cas), elle manquait chez d'autres malades qui présentaient ces mêmes complications de la blennorrhagie, quelquefois même plus gravement atteints. Un seul malade, atteint d'orchite, présentait à son entrée un état saburral, typhoïde même, très nettement prononcé. En raison de ces signes d'infection, nous crûmes pouvoir annoncer la présence de l'albumine dans l'urine. Elle y était très abondante, en effet ; mais deux jours après elle avait disparu sous l'influence du régime lacté, bien que l'état général fût encore très affecté. Chez un autre malade nous avons constaté également un état gastrique léger. On peut admettre en principe l'opinion de M. Peter, à savoir que l'affection rénale est latente.

Les malades que nous avons pu suivre pendant quelque temps peuvent être divisés en deux catégories, suivant que l'albuminurie a été très légère ou très abondante. Mais nos malades n'ont pas été observés assez longtemps pour que nous puissions établir sur des bases assez solides la marche et le pronostic de ces albuminuries. Pourtant les faits nous ont déjà montré péremptoirement qu'il est indispensable de faire plusieurs fois l'examen de l'urine au cours de la blennorrhagie. L'albuminurie peut se montrer plusieurs jours après l'entrée du malade (1 cas) : elle peut être intermittente et présenter des variations dans son intensité. Un de nos malades, hypospade et atteint d'orchite double intense, a présenté une albuminurie très abondante qui a cédé au régime lacté absolu. Mais, quinze jours après sa sortie, on a pu constater que l'albuminurie avait reparu aussi abondante que par le passé. Ce malade n'a pas été revu depuis, mais il ne nous paraît pas illégitime d'exprimer des craintes pour l'avenir de son albuminurie. Elle a reparu de même chez un autre malade. Malheureusement nos malades échappent d'autant plus facilement à une observation prolongée que ce symptôme absolument latent ne peut leur inspirer aucune inquiétude. Ils ne sont ramenés à l'hôpital que par le développement de complications nouvelles. Nous ne pouvons donc que signaler la variabilité de la durée de l'albuminurie, de quatre ou cinq jours à trois semaines, d'après notre relevé.

Comme il s'agissait en général de blennorrhagies récentes, la plupart des malades n'avaient pas suivi de traitement avant de venir à l'hôpital. Nous ne pouvons, par conséquent, juger la nocivité des balsamiques. Plusieurs auteurs ne les croient pas dangereux. Nous ne pensons pas non plus qu'ils provoquent l'albuminurie ; mais leur action nous a parue défavorable, lorsque l'albuminurie est déclarée. Quant aux injections, on sait combien elles peuvent hâter la production de la cystite quand elles sont mal faites.

Nous croyons inutile de discuter longtemps la pathogénie de cette albuminurie. Les auteurs les plus récents admettent que l'urétérite et la pyélo-néphrite ascendantes se développent avec une grande facilité chez les individus affectés d'une inflammation des voies urinaires. Ils sont revenus sur ce point à la manière de voir adoptée par Rayer. Toutefois les interprétations contemporaines ne sont pas exclusives en cette matière, et ces mêmes auteurs admettent que souvent l'albuminurie ne dépend pas seulement des lésions ascendantes, mais aussi de l'infection générale, surtout quand cette albuminurie est assez abondante.

Il nous semblerait également illogique de ne pas donner une place importante dans l'étiologie à l'infection générale. On trouve des malades qui ne présentent aucun signe d'inflammation, ni du côté de l'appareil vésical, ni dans les urines. Celles-ci pourtant contiennent une grande quantité d'albumine. C'est même dans ces cas où il était permis de songer à une néphrite résultant de l'infection générale que les réactifs formaient les précipités les plus compacts. Il nous paraît donc difficile de récuser le rôle de l'infection.

Dans le cas d'orchite notamment se trouvent réalisées des conditions très favorables pour la résorption des principes infectieux et partant pour la genèse de l'albuminurie. Nous n'en pouvons dire davantage; nous sommes tenus pour cette pathogénie à la même réserve que pour l'étude de la marche et du pronostic.

Nos observations nous permettent seulement aujourd'hui de signaler dans cette note la fréquence de l'albuminurie au cours de la blennorrhagie aiguë simple, ou compliquée de cystite ou d'orchite. Nous appellerons aussi l'attention sur les prompts et heureux effets du régime lacté, en faisant remarquer toutefois que ce régime doit être continué longtemps afin de parer à la menace des rechutes. Il est préférable aussi qu'il soit exclusif, sans adjonction du traitement par les antiseptiques ou les balsamiques; ces derniers dans plusieurs cas nous ont paru mal tolérés et nous croyons avec la plupart des auteurs qu'ils peuvent être nuisibles.

Nous n'oserons pas tirer de conclusions plus développées dans cette note. Nous avons vu en peu de mois un assez grand nombre de malades, mais nous n'avons pas pu les observer pendant un temps suffisant. Nous croyons cependant devoir indiquer une conclusion pratique, à savoir que l'examen de l'urine s'impose au médecin au cours de la blennorrhagie et pour donner ce conseil, nous n'en appellerons pas seulement à notre trop faible expérience de trois mois passés à l'hôpital du Midi, nous demanderons que l'on se souvienne de cette parole du maître, citée par M. Hallé : Les complications rénales dans le cours de la blennorrhagie surviennent « moins rarement que ne le pensent la plupart des praticiens » (Rayer, t. III, p. 62).

M. ERAUD. — Je partage l'avis de M. Balzer; il est fréquent de voir l'albuminurie se développer au début même de la blennorrhagie et se prolonger très tard. Et je ne crois pas que l'on puisse invoquer le méca-

nisme ascendant comme mode de développement de cette albuminurie.

M. ERNEST BESNIER. — J'ai observé en ville un cas d'albuminurie blennorrhagique mortelle; il y a donc grand intérêt à attirer l'attention des médecins sur ces albuminuries qui peuvent devenir fort graves quand elles ne sont pas soignées; il faut donc ne pas les méconnaître et savoir les rechercher.

TROUBLES NERVEUX D'ORIGINE SYPHILITIQUE. TABES PAR ATAXIE APPARENTE

Par le Dr FERRAS.

Un aperçu clinique sur les affections nerveuses de nature syphilitique, pourrait-il offrir aujourd'hui quelque intérêt après les leçons de nos maîtres, après celles surtout de M. le professeur Fournier, dont les ouvrages sont devenus classiques?

Nous croyons que la Société peut faire œuvre utile en vulgarisant davantage ses opinions sur ce sujet, en affirmant à nouveau le caractère spécifique. là, où trop de médecins ne voient encore que causes et symptômes ordinaires. En effet, si les accidents tels que : l'hémiplégie complète, l'ataxie bien confirmée, sont à peu près acceptées par tous; il s'en faut, que l'on rapporte généralement à la syphilis, les affections seulement esquissées, et encore moins, les symptômes isolés, avant l'heure du groupement caractéristique, qui facilitera le véritable diagnostic, mais sans rendre à la thérapeutique l'instant favorable de son intervention.

Nous offrons à la Société l'occasion de se prononcer, en lui soumettant le résumé de nos observations recueillies sans idées préconçues, et qui, par cela même, pourront mieux servir les intérêts de la vérité.

Depuis 1872, j'ai observé 58 tabétiques : chez tous, à l'exception de 5, chez lesquels la syphilis n'a pas été signalée, ou reconnue, les antécédents et pour plusieurs les accidents cutanés ou muqueux ne permettaient pas le moindre doute sur la nature de leur maladie. De ces 58 cas, je négligerai les tabes tout à fait confirmés ou anciens, voulant seulement rappeler devant vous les éléments de diagnostic du tabes sans ataxie, alors que moins prévenu, le médecin peut se tromper et manquer l'occasion quelquefois unique d'être utile et cela parce que les symptômes les plus connus font défaut, au moment de son examen incomplet. Pour éviter autant que possible toute cause d'erreur, je ne fais pas figurer sur mes tableaux les cas de tabes, où l'alcoolisme était le compagnon de la syphilis et ceux où le tabes d'origine syphilitique se compliquait d'un état hystérique ou neurasthénique pouvant prêter à discussion. Par suite de ces éliminations je ne vous parlerai donc que de 42 malades :

Hommes : 40. — Femmes : 2.

Age.— Femmes. {	1..... 35 ans	Hommes. {	3..... 20 à 30 ans
	1..... 45		25..... 30 à 40
			6..... 40 à 50
			6..... 50 à 60

Age de la syphilis. — Par année. — Par période triennale.

0 fois.	1 an		1 fois.	10 ans		1 fois.	19 ans	
3	2	6	2	11	4	0	20	2
3	3		1	12		1	21	
5	4	11	2	13	6	0	22	1
3	5		1	14		0	23	
3	6	5	3	15	3	1	24	1
3	7		2	16		1	25	
1	8	5	0	17	3	2	(?)	2
1	9		1	18				

Principaux symptômes observés, très rarement isolés; le plus souvent par petits groupes :

Marche	Ataxique.	0 fois	Dysés-thésie et Anes-thésie (8 fois)	Facial et cubital.	1 fois
	Pénible.	7		Mains malhabiles.	
	Difficile.	2		Vue nécessaire.	2
	Sol cotonneux.	2		Mains insensibles au froid.	1
Symptômes ou doulou- reux	Sol fuyant.	1	Sens général	Cuisse, jambe, pied gauche.	1
	Douleurs fulgurantes.	3 fois		Jambe, pied D. et G. .	1
	Soubresauts (sur- tout nocturnes).	7		Pied D., face dorsale. .	1
	Tressaillements.	3		Nerf honteux ext. . .	1
	Crampes.	2	Polydipsie. Sans glycosurie. .	Diminué ou éteint . .	5 fois
	Compression.	2		Excité.	1
	Douleur profonde. .	1	Polyurie.		
Douleurs thoraciques disséminées. .	Douleur vague. . .	1			
	Fatigue pénible. . .	1	Troubles circu- latoires. Fourmil- lements. Engour- disse- ments. (5 fois)	Face côté G.	1 fois
Réflexe	Douleurs thoraciques disséminées. .	1		Mains.	2
	— — en cuirasse. . .	4		Bras D.	1
	Très atteint ou aboli. .	4 fois		Jambe G.	1
	Plus à G. qu'à D. . .	2	Vessie Rectum	Paresse.	4 fois
Hyperes- thésie (10 fois)	Conservé malgré si- gnes nombreux de tabes.	1		Incontinence.	2
	Cuir chevelu. Arra- chement.	1 fois	Oreille	Hypercousie.	1 fois
	Mains. Froid vif même l'été.	2		Cophose.	2
	Medius seul.	1	Intelligence. Mémoire dimi- nuée.		
	Musculo-cutané.	1			
	Cubital.	1	Odorat	Hallucinations olfactives.	1 fois
	Région dorsale au simple contact.	2		Anosmie.	1
	Au contact et au froid.	1			
Cuisse. Jambe. Pied G.	Cuisse. Jambe. Pied G.	1			

Accidents syphilitiques actuels = 11 fois.

Plaques buccales.....	1 fois	Gomme, voile de palais.....	1 fois
Plaques végétantes, luette...	1	Gomme, cuir chevelu.....	1
Psoriasis palmaire.....	2	Périostose, voûte palatine...	1
Tubercules, face.....	2	Sciatiques et névralgies mul-	
Tubercules, langue.....	1	tiples guéries par Hg et KI.	1

Parmi ces 42 cas de tabes, 10 ont été précédés, durant un à plusieurs mois, de symptômes cérébraux isolés dont voici le tableau :

	Année de la syphilis	
I. — H. — 39 ans.	9°	Ptosis de la paupière supérieure gauche Un an. après. 3° paire droite.
II. — H. — 33 ans.	10°	Menace d'aphasie et glossoplégie. Enfant âgé de 2 mois. Œdématié ?
III. — H. — 35 ans.	12°	Ptosis de la paupière supérieure droite et pa- résie du droit interne.
IV. — H. — 35 ans.	13°	Congestion. Aphasie passagère. Voix nasonnée.
V. — H. — 36 ans.	13°	Aphasie passagère. Vésicatoire nuque. Bons effets ; céphalée, insomnie, 4 à 5 mois fré- missements des doigts engourdis, puis four- millements. Céphalée la plus persistante.
VI. — H. — 36 ans.	15°	Céphalée temporo-occipitale persistante, amen- dée seulement par Hg et KI.
VII. — H. — 38 ans.	15°	Avant soubresauts, pénibles, nocturnes, chutes fréquentes pour s'être trop approché de la bordure du trottoir.
VIII. — H. — 46 ans.	16°	Paralysie 3° paire gauche puis de suite hy- peresthésie et impuissance virile.
IX. — H. — 34 ans.	16°	Paralysie de la 3° paire gauche. Diplopie. My- driase.
X. — H. — 28 ans.	?	Céphalée violente. Menace d'aphasie et bientôt anesthésie de la face dorsale du pied droit.

J'ai observé une série de 9 malades. Hommes, 8 ; Femmes, 1, dont le tabes a été consécutif.

4 fois à une hémiplégie droite.

1 — — — gauche.

1 — — — alterne.

2 — à une forte parésie gauche.

1 — à une encéphalite, bien diminuée, alors que le tabes se confirmait davantage.

Détails sur 9 tabétiques

- I. — H. — 40 ans. 2° — Hémiplégie alterne. 2 ans après (5° année de la syphilis). Tabes.
- II. — H. — 37 ans. 3° — Forte parésie gauche. 1 an après (4° année de la syphilis). Tabes.

- Année
de la
syphilis
- III. — H. — 31 ans. 4^e — Hémiplegie droite sans aphasie. 4 ans après (8^e année de la syphilis). Tabes.
- IV. — H. — 43 ans. 4^e — Hémiplegie droite. 7 ans après (11^e année de la syphilis). Tabes.
- V. — H. — 26 ans. 7^e-8^e — Hémiplegie droite récidivée. 9 ans après (16^e année de la syphilis). Tabes.
- VI. — H. — 39 ans. 9^e — Hémiplegie gauche. 10 ans après (19^e année de la syphilis). Tabes.
- VII. — H. — 36 ans. 13^e — Hémiplegie droite. 5 ans après (18^e année de la syphilis). Tabes.
- VIII. — F. — 45 ans. 22^e — Parésie gauche. Hémopie. 3 ans après (25^e année de la syphilis). Tabes.
- IX. — H. — 53 ans. ? — Encéphalite chronique diffuse. 4 ans. Tabes.

Voici un court résumé des notes prises sur une 3^e série de 9 autres malades (mêmes proportions : Hommes, 8 ; femmes, 1) atteints antérieurement ou actuellement d'accidents manifestement syphilitiques, présentant des troubles nerveux persistants et modifiés avantageusement par le traitement : troubles précurseurs sans doute de méningo-encéphalite et myélite, c'est-à-dire pouvant conduire au tabes, car ne les retrouve-t-on pas dans les premiers symptômes de tous ou presque tous les tabes confirmés ?

Leur nombre, leur durée, l'amélioration obtenue par l'emploi du mercure ou de l'iode, n'autorisent-ils pas à les faire figurer ici à bon droit, et non par motif de pure coïncidence chez des sujets syphilitiques. Je pose la question, espérant votre réponse.

- I. — F. — 35 ans. Syphilis en 1884. 2 ans après : Céphalée persistante. Paralyse faciale. Gommès de l'avant-bras.
- II. — H. — 37 ans. Syphilis en 1886. 3 ans après : Céphalée violente, cédant seulement à KI. — 4 ans après : Eclairs douloureux de l'occiput au front guéris par S. Hg. KI.
- III. — H. — 58 ans. Syphilis en 1886. 3 ans après : Polydipsie sans glycosurie. Papulo-squames cuir chevelu. Polydipsie guérie après S. Hg. KI. (N'ayant vu que 2 cas analogues, je suis astreint pour cette polydipsie à des réserves bien naturelles).
- IV. — H. — 35 ans. Syphilis en 1885. 4 ans après : Céphalée occipitale intense, mains, pieds engourdis. Symptômes améliorés par le traitement.
- V. — H. — 36 ans. Syphilis en 1886. 4 ans après : Céphalée occipitale. Plaques buccales. Hg. KI. Bien mieux.
- VI. — H. — 32 ans. Syphilis en 1872. 6 ans après : Névralgie faciale guérie par KI. Marche gênée par tibia douloureux. Dès 4^e jour mieux. Après 25 jours, Hg. KI. S. Très bien,

- VII. — H. — 39 ans. Syphilis en 1876. *7 ans après* : Paralyisie, 6^e paire droite (3 enfants syphilitiques). — *10 ans après* : Vue altérée. Contour des objets disparaît.
- VIII. — H. — 44 ans. Syphilis en 1868. *15 ans après* : Céphalée occipitale. Insomnie. Mémoire faiblit. Aphasie prochaine. Rotation tête cause étourdissements.
- IX. — H. — 52 ans. Syphilis en 1859. *24 ans après* : Parésie de la 3^e paire droite. — *28 ans après* : La mydriase droite persiste.

Je joindrai incidemment à cette place, 8 aphasiques isolés, ou hémiplegiques et aphasiques, qui par la date récente de l'infection et autres points présenteront peut-être quelque intérêt, ne fût-ce qu'au titre de candidats possibles au tabes.

- I. — H. — 28 ans. Syphilis en 1882. *15 mois après* : Hémiplegie droite; *23^e mois après* : Parole lente. Contracture Av.-bras fléchi. Marche en fauchant. Au repos tremblement pied D. Ulcérations chancriformes,
- II. — H. — 26 ans. Syphilis en 1877. *2 ans après (mai et juin)* : Céphalalgie. Semi-aphasie 2 heures. Oûte dure. Intelligence peu nette. Céphalée. Aphasie 2 heures.
- III. — H. — 46 ans. Syphilis en 1888. *5 ans après* : Hémiplegie gauche.
- IV. — H. — 38 ans. Syphilis en 1874. *8 ans après*. Hémiplegie droite.
- V. — H. — 30 ans. Syphilis en 1874. *10 ans après*. Hémiplegie D. 4 à 5 jours. Aphasie, douleur sourde bras D.
- VI. — H. — 39 ans. Syphilis en 1858. *16 ans après* : Hémiplegie droite. — *17 ans après* : Congestion et parole lente.
- VII. — F. — 45 ans. (?) *7 mois après* : Gomme jambe. Hémiplegie gauche. 1^{ers} signes pendant 6 jours. Hémiplegie complète en 4 heures.
- VIII. — H. — 28 ans. (?) Hémiplegie droite. Aphasie verbale. Est resté glosso-plégie légère. Ce malade étant épileptique, antérieurement, on avait rapporté l'accident à une hémorrhagie capillaire.

En résumé, avant que le malheureux tabétique marche en véritable ataxique, soit affligé de douleurs fulgurantes, perde le réflexe rotulien, accuse une vue troublée progressivement et subisse la déchéance virile, compagne de la paresse de la vessie et du rectum, il y a des symptômes moins graves, qu'il faut rechercher et qui mettront sur la voie, au début, à cette époque où avec une médication vigoureuse, on peut espérer enrayer la lésion, sinon la faire rétrograder.

Le moindre ptosis, les sensations pénibles dans la marche, les troubles du tact exalté ou diminué, l'amoindrissement de la virilité, voilà tout autant de jalons pour s'aider dans le diagnostic. Surtout, quand un syphilitique se plaint de phénomènes nerveux ou de véritables névralgies, ne pas se hâter de les rejeter sur le compte de l'arthritisme ou de la neu-

rasthénie. Certes, l'arthritisme est le terrain le plus favorable pour toutes les névroses, depuis la plus légère jusqu'aux plus graves, mais l'on devra chaque fois songer à la syphilis, se tenant dans cette prudente attitude de ne pas plus incriminer d'avance et toujours la syphilis que de rapporter trop facilement tous les cas à des troubles neurasthéniques chez des syphilitiques.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU JEUDI 14 MAI

Élection de membre titulaire.

Candidat : M. le Docteur MOREAU, de Toulouse.

Présentation de malades.

M. DU CASTEL. — Chancre syphilitique multiples du bras.

M. HALLOPEAU. — Dermatose en cocarde de nature indéterminée.

M. BROcq. — Éruption lichénoïde.

M. MOTY. — Cas de pelade. Nouveau mode de traitement.

M. FEULARD. — Iodisme. Éruption pemphigoi'de. Deux cas de tuberculose verruqueuse de la peau.

Communications.

M. JULIEN. — Note sur des troubles nerveux d'origine syphilitique.

M. QUINQUAUD et NICOLLE. — Note sur l'histologie pathologique de l'urticaire pigmentée.

M. HUMBERT. — De l'excision du chancre syphilitique.

M. MAURIAC. — 1^o Note sur l'excision du chancre syphilitique ; 2^o Cas rare de vésiculaire et de déférentite blennorrhagique.

M. VIENNOIS, de Lyon. — Note sur un cas de syphilis héréditaire.

SÉANCE DU 14 MAI 1891

Présidence de M. Lailier.

SOMMAIRE. — A l'occasion du procès-verbal : MM. JULLIEN, E. BESNIER, DU CASTEL. — Présentation d'ouvrages. — Allocution de M. HARDY, président d'honneur. — Chancres syphilitiques multiples ou syphilides chancreiformes, par M. DU CASTEL. (Discussion : MM. E. VIDAL, FOURNIER, E. BESNIER, JULLIEN.) — Sur un cas de syphilides papuleuses en courbes concentriques et en cocardes, par M. H. HALLOPEAU. (Discussion : M. HARDY.) — Traitement des pelades et des folliculites par les injections hypodermiques de sublimé, par M. MOTY. (Discussion : MM. E. VIDAL, E. BESNIER, BURLUREAUX, LAILLIER, BARTHÉLEMY.) — Note sur un cas d'herpès menstruel de la région sacro-lombaire, par M. LAUSSEDAT. (Discussion : M. FOURNIER.) — Iodisme cutané, par M. FEULARD. (Discussion : MM. HALLOPEAU, FOURNIER, MAURIAC.) — Note sur l'histologie de l'urticaire pigmentée, par MM. QUINQUAUD et NICOLLE. — Névrodermite aiguë circonscrite, par M. BROCC. (Discussion : M. E. VIDAL.) — Élection d'un membre titulaire.

A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL

LE TRAITEMENT MERCURIEL DANS LE RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE

M. JULLIEN. — A propos du travail de M. Morel-Lavallée sur le traitement du rhumatisme blennorrhagique par le mercure, je désire faire part à la Société des résultats que j'ai obtenus il y a 5 ans par ce même traitement.

Je l'instituai systématiquement et de parti pris pour combattre les accidents que je considérais comme infectieux. C'était l'époque où, à la suite de Bockhardt et de Petrone, on croyait à la présence du gonocoque dans le sang et dans les articulations. Que ce raisonnement fût fondé ou non les résultats n'en furent pas moins excellents et je suis resté fidèle à cette pratique. Je tiens bien à établir que j'ai employé ce traitement en dehors de toute hypothèse syphilitique.

Le mode d'emploi auquel j'eus recours est celui des injections sous-cutanées de solution de sublimé suivant la méthode de Lewin.

Mes résultats n'ont pas été l'objet d'une étude spéciale, mais je les ai

mentionnés, indirectement, dans une discussion de la *Société des sciences médicales* de Lyon à laquelle, me trouvant de passage dans cette ville, j'eus l'honneur de prendre part et ils sont consignés dans les *Comptes rendus* de cette Société et dans le *Lyon médical*, à la date du mois de juillet 1888 (t. LIX, n° 44, p. 304).

J'ai l'honneur de déposer sur le bureau de la Société, un exemplaire de ce journal afin d'établir l'antériorité de mes études.

M. ERNEST BESNIER. — Ayant recours moi-même, ordinairement, à la médication mercurielle dans les arthropathies blennorrhagiques, je ne ferai aux conclusions de M. Jullien que deux réserves :

La première, basée sur la mobilité et la grande variabilité évolutive du processus des arthropathies infectieuses de la blennorrhagie, lesquelles rendraient nécessaire, pour baser un jugement ferme, une somme assez grande d'observations précises.

La seconde, relative au mode d'application de la médication mercurielle qui m'a paru surtout efficace rapidement quand elle est appliquée *loco dolenti*. On peut voir, en ce moment même dans mon service, salle Alibert, un malade rapidement amélioré, bien que le cas fût intense, par le traitement que j'emploie le plus habituellement à l'imitation de mon savant collègue M. Just Championnière, et qui consiste à couvrir l'article malade d'un très grand nombre de pointes de feu, et d'appliquer très largement sur la surface entière, immédiatement après l'application des pointes de feu, un emplâtre de Vigo et un pansement ouaté maintenu avec un appareil de Scultet sans attelles.

M. DU CASTEL. — Tout récemment j'ai soumis une femme atteinte de rhumatisme blennorrhagique à l'emploi des frictions mercurielles poussées jusqu'à la salivation et je n'en ai obtenu aucun résultat. Dans un autre cas, où les lésions articulaires remontaient déjà à 5 semaines, le traitement mercuriel a été suivi d'une amélioration. Je ne sais s'il faut attribuer cette amélioration au traitement lui-même, quoique j'aie peu de tendance à le faire. En tous cas, il résulte de ces deux essais thérapeutiques que l'effet du traitement n'est pas constant et qu'il n'a pas sur la marche du rhumatisme blennorrhagique une influence indiscutable.

PRÉSENTATION D'OUVRAGES

M. DU CASTEL offre à la Société son ouvrage intitulé : *Leçons cliniques sur les affections ulcéreuses des organes génitaux de l'homme professées à l'hôpital du Midi*.

M. BARTHÉLEMY offre à la Société quatre brochures intitulées : 1° *Exposé des mesures en vigueur en France et d'un projet de réorganisation de la surveillance de la prostitution* ; 2° *Étiologie et trai-*

tement de l'acné ; 3° Notes cliniques sur la grippe épidémique de 1889-1890 et particulièrement sur les éruptions symptomatiques ou rash de la grippe ; 4° De l'acnitis, ou d'une variété spéciale de folliculites et de périfolliculites disséminées ou généralisées.

M. BROUSSE adresse deux brochures intitulées : 1° Importance des maladies vénériennes et cutanées, leurs rapports avec les autres branches de la pathologie ; 2° Sur un cas de lèpre tuberculeuse, amélioration rapide par l'huile de chaulmoogra.

ALLOCUTION DE M. LE PROFESSEUR HARDY, PRÉSIDENT D'HONNEUR

Messieurs,

Avant le commencement de cette séance, je tiens à vous remercier de l'insigne honneur que vous avez bien voulu me faire en me nommant président d'honneur de la Société Française de dermatologie. Croyez bien que je sens tout le prix de cette distinction.

En m'accordant ce titre, je pense que vous avez voulu récompenser les services que j'ai pu rendre à la dermatologie, pendant que j'étais médecin de l'hôpital Saint-Louis et que, concurremment avec Bazin, nous cherchions à enseigner, par nos leçons cliniques, les maladies de la peau à de nombreux élèves et médecins.

Depuis cette époque et depuis que j'ai quitté cet hôpital pour aller occuper une chaire de clinique générale, la dermatologie a subi des modifications, on a appliqué à l'étude des maladies cutanées les recherches histologiques et bactériologiques, on a décrit plus minutieusement certaines maladies mal connues de notre temps, on a cherché à instituer quelques entités morbides nouvelles ; la nomenclature dermatologique elle-même a subi quelques modifications. Aussi je représente ici le passé, je suis la tradition qui n'est pas trop à négliger, tandis que vous, mes chers collègues, vous représentez le présent et l'avenir, ce qui s'appelle le progrès, qui n'est pas toujours la vérité, mais qui, néanmoins, malgré quelques erreurs reconnues plus tard, laisse toujours des connaissances nouvelles et utiles qui enrichissent la science.

Je reconnais donc, et je m'en félicite, que la dermatologie a progressé, grâce aux travaux de nos successeurs, mais je me crois en droit de dire sans forfanterie, que Bazin et moi nous avons préparé le terrain, en cherchant à rattacher les maladies de la peau aux lois de la pathologie générale.

En quittant le fauteuil de président des séances, je suis heureux de constater l'état de prospérité de notre jeune Société, dont le nombre des membres titulaires et des correspondants est toujours en progression croissante. Ce succès, qui dépasse les espérances des fondateurs, est dû

certainement au caractère que donnent à nos séances les présentations des malades faites par des membres de notre Société et principalement par les médecins de l'hôpital Saint-Louis, ainsi que l'exhibition de pièces pathologiques empruntées à notre incomparable musée. Ces malades, ces pièces, qui servent de points de comparaison, sont le point de départ de discussions des plus intéressantes et des plus instructives, et notre Société présente ainsi un côté clinique tout particulier qui explique notre succès et qui garantit notre avenir.

CHANCRES SYPHILITIQUES MULTIPLES OU SYPHILIDES CHANCRIFORMES

Par M. DU CASTEL.

L..., Victoire, 22 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 17 décembre 1890 pour une vaginite avec salpingite; on constate, à cette époque, l'existence de trois petites ulcérations, au pourtour de l'anus, qui sont considérées comme des chancres simples; la malade n'accuse, comme antécédents vénériens, qu'une vaginite dans le courant de l'été dernier.

Dans la première moitié du mois de janvier 1891, début d'une fièvre typhoïde assez intense.

Au commencement du mois de mars, au moment de la convalescence, alors que la malade n'avait pas encore quitté le lit, nous constatons l'existence d'une éruption scabieuse et faisons pratiquer des frictions d'onguent styrax.

Quelques jours après, le 12 mars, apparition, au fond du premier espace interdigital de la main gauche, d'une pustule ecthymateuse; quatre jours après deux pustules du même genre sur l'avant-bras du même côté, l'une à la partie moyenne, l'autre à la partie supérieure; quatre pustules analogues sur l'avant-bras et le bras droit. Ces pustules se rompent rapidement et laissent à leur place des surfaces ulcérées présentant tous les caractères du chancre syphilitique typique: coloration rouge brun, superficialité de la lésion, indolence, base indurée, forme régulièrement circulaire. Arrivées à cet état de développement, les ulcérations restent absolument stationnaires.

Cinq jours après la constatation de cette éruption, production de douleurs vives à la partie interne du bras gauche, tuméfaction, légère douleur de la peau due manifestement à la production d'une lymphangite tronculaire et réticulaire; au huitième jour, tuméfaction et sensibilité d'un ganglion axillaire.

À droite, pas de lymphangite manifeste, mais tuméfaction indolente d'un des ganglions axillaires. Je montre la malade au professeur Fournier, qui est aussi d'avis qu'il n'est pas possible de voir un type d'ulcération syphilitique primitive plus caractérisé que celui offert par les ulcérations de notre malade.

Ces ulcérations, après être restées longtemps stationnaires, se sont cicatrisées lentement et ne furent fermées qu'à la fin d'avril. Aujourd'hui il persiste encore à leur niveau une coloration violacée analogue à celle que le chancre syphilitique laisse après son occlusion et un certain degré d'induration.

Trois semaines après l'apparition des lésions ulcéreuses, la malade a été

prise de céphalée nocturne ; huit jours plus tard, de roséole. Aujourd'hui il y a alopecie, mais il serait bien difficile d'affirmer si cette alopecie est la suite de la syphilis ou de la fièvre typhoïde,

Le moulage de l'avant-bras gauche de cette malade a été déposé au Musée de l'hôpital Saint-Louis (Collect. génér., n° 1597).

En présence de ces ulcérations à aspect remarquablement chancriforme et de l'évolution de la maladie, plusieurs questions se présentent à l'esprit pour la solution desquelles je serais heureux de vous voir me prêter votre concours. Sommes-nous en présence de chancres syphilitiques multiples ou de lésions chancriformes ? S'il s'agit de chancres primitifs multiples, ont-ils été contractés pendant le séjour de la malade à l'hôpital ? Ne peut-on admettre qu'ils ont été contractés en dehors de l'hôpital, mais que la fièvre typhoïde, en suspendant l'évolution de la syphilis, a été cause d'une incubation extraordinairement prolongée de ces chancres, près de trois mois.

S'il s'agit d'accidents chancriformes, faut-il les qualifier d'ecthyma chancriforme et admettre que la production de la gale a été pour quelque chose dans leur développement ? Faut-il admettre que nous sommes en présence d'une lymphangite syphilitique ulcéreuse chancriforme ? Que cette lymphangite, née au niveau de l'ulcération du pouce s'est étendue jusqu'à l'aisselle en se montrant ulcéreuse à l'avant-bras, plutôt inflammatoire au bras.

Toute hypothèse laisse un desideratum. Celle de chancres syphilitiques trouble par la multiplicité les lésions, par l'explication difficile de la porte d'entrée ; elle semblerait légitimée par la chronologie des lésions puisque c'est huit jours après la production des ulcérations que l'adénopathie s'est montrée ; trois semaines après, la céphalée nocturne ; un mois, la roséole.

L'hypothèse de lésions secondaires ulcéreuses explique facilement la multiplicité des lésions, leur apparition à une époque éloignée de toute cause active et connue d'infection ; mais il est alors intéressant de voir jusqu'à quel point ces lésions ont pu être chancriformes, puisque, de l'avis même de notre éminent collègue le professeur Fournier, c'étaient des types parfaits d'ulcérations syphilitiques primitives. Il est aussi curieux de voir que les adénopathies, la céphalée, la roséole se sont montrées huit jours, trois semaines, un mois après les ulcérations comme, dans une syphilis normale, elles se seraient montrées huit jours, trois semaines, un mois après le chancre. Il semble, en admettant qu'il s'agisse d'ulcérations secondaires, que ce soit à partir de ces ulcérations qu'il faille établir la chronologie des différents accidents observés chez notre malade au lieu de la faire partir comme habituellement à dater du chancre ; et, dans cette syphilis se réveillant à la suite de la fièvre typhoïde, la maladie recommencerait tellement à nouveau que les ulcé-

rations secondaires chancriformes y représenteraient le point de repère fourni dans la syphilis ordinaire par l'ulcération primitive ; après elles, l'adénopathie, la céphalée, la roséole se déroulent aux dates auxquelles elles se déroulent habituellement, après le chancre initial.

Il y a dans tout ce complexus morbide, où la syphilis, la fièvre typhoïde et la gale viennent s'associer et se confondre, des irrégularités, des singularités qui ont fait que j'ai cru cette malade digne d'être présentée à la Société.

M. F. VIDAL. — Je considère comme des manifestations secondaires toutes les lésions que présente actuellement la malade de M. Du Castel, et je ne vois rien chez elle qui puisse être reconnu pour un chancre. C'est évidemment une femme chez laquelle les lésions cutanées arrivent facilement à suppuration et les lésions des membres supérieurs que M. Du Castel regarde comme des chancres en voie de réparation me paraissent consécutives à des papules croûteuses d'ecthyma, à ce que l'on appelait il y a quelques années l'ecthyma syphilitique.

M. FOURNIER. — Lorsque M. Du Castel m'a fait voir cette malade, il y a quelques semaines, l'aspect des lésions était tel que le diagnostic s'imposait. Aussi je n'ai pas hésité à admettre l'existence de chancres : elles en avaient la coloration chair musculaire, l'absence de bords, la forme excavée ; en outre, il y avait dans l'aisselle une adénopathie qui corroborait ce diagnostic. L'évolution des accidents depuis cette époque me semble venir le confirmer et la roséole tombe juste à point pour justifier ma manière de voir. Les doutes que vient d'élever M. Vidal sur ce diagnostic n'auraient certainement pas existé, s'il avait vu la malade il y a deux mois.

Cette malade peut servir de pendant à l'homme que M. Feulard a présenté en mon absence, il y a quelques semaines (voir p. 97 du *Bulletin*), et qui présentait aux avant-bras des chancres incontestables développés sur des surfaces atteintes d'eczéma consécutif au traitement de la gale. La cause de la localisation de ces chancres n'a pas été élucidée d'une façon absolument nette ; nous avons admis, parce que nous ne trouvions pas d'autre explication, qu'elle tenait à ce que le malade était accoudé sur un poêle dont la surface avait pu être accidentellement contaminée par le virus syphilitique provenant d'un autre malade de la salle.

Quoi qu'il en soit de cette explication, je crois que dans les deux cas, nous pouvons et nous devons incriminer la contagion hospitalière.

M. E. BESNIER. — Je partage l'opinion de M. Vidal. De par les caractères objectifs des lésions, nous n'avons actuellement aucune preuve de l'existence d'un chancre syphilitique des membres supérieurs chez cette malade. Par contre, la lésion de forme arrondie qui s'est développée sur le bras droit offre l'aspect d'une plaque syphilitique qui aurait été modifiée par une cause extérieure. Or les causes qui modifient

le plus fréquemment l'aspect des lésions syphilitiques sont la gale et l'état séborrhéique. Autant qu'on peut en juger rétrospectivement, je pense que les lésions dont nous voyons aujourd'hui les restes, doivent avoir été des lésions des syphilis secondaires modifiées par la gale.

La chronologie des accidents offre quelque chose d'anormal : si l'on admet le diagnostic de chancre, il faut fixer à un mois l'intervalle entre le début du chancre et l'apparition de la roséole, ce qui est manifestement en dehors de la règle et insuffisant comme temps, même avec une syphilis d'une certaine activité, débutant par des chancres multiples et des foyers d'infection étendus.

M. JULLIEN. — Comme M. du Castel, je suis très disposé à attribuer un rôle à la fièvre typhoïde dans l'évolution un peu anormale des accidents chez cette malade. Les maladies générales peuvent, en effet, apporter une perturbation dans la marche de la syphilis. J'ai communiqué au congrès de Pérouse une observation dans laquelle un phlegmon diffus avait joué ce rôle perturbateur et, en 1884, j'ai engagé M. Merle à étudier dans sa thèse inaugurale ce point de l'histoire de la syphilis.

SUR UN CAS DE SYPHILIDES PAPULEUSES EN COURBES CONCENTRIQUES ET EN COCARDES

Par M. H. HALLOPEAU.

On trouve signalées dans nos traités classiques de syphiligraphie, et particulièrement dans ceux de nos collègues, MM. A. Fournier, Mauriac et Jullien, les formes les plus variées de syphilides cerclées et la disposition en cocarde y est particulièrement mentionnée ; leur description montre qu'elles sont le plus souvent disposées suivant certaines règles qui répondent à leur mode de développement ; c'est ainsi que, d'après M. Mauriac, trois parties constituent la cocarde : 1° une papule centrale régulière, d'un rouge chair de jambon, mesurant 6 ou 7 millimètres de diamètre ; 2° autour de cette papule, une maculature d'un brun rougeâtre, non saillante, large de 2 ou 3 centimètres ; 3° un cercle linéaire très mince, finement écailleux, grisâtre, s'élevant un peu au-dessus des parties voisines. « C'est, par le fait, une papule centrale dans l'orbite de laquelle se tient à la même distance tout un système de papules miliaires dont elle est séparée par une sorte d'atmosphère maculeuse constituant la zone intermédiaire ; de même, dans les formes stellaires, alors même que plusieurs systèmes sont subintrants, il est possible de grouper autour de papules plus volumineuses des papules plus petites que chacune d'elles tient sous sa dépendance. »

C'est que tous les éléments d'un même groupe ne se développent pas simultanément : le plus souvent, on voit d'abord apparaître une papule centrale volumineuse et d'une coloration intense ; ultérieurement, d'autres éléments plus petits et moins fortement colorés se produisent circulairement à quelque distance de sa périphérie et chacune de ces papules secondaires peut devenir, à son tour, le centre d'une nouvelle génération d'éléments éruptifs ; il semble que le processus local, dont il faut ici admettre l'intervention, perde en intensité à mesure qu'il se prolonge ; les éléments périphériques, plus jeunes, sont d'habitude moins volumineux et moins colorés que la papule mère centrale ; alors même que l'éruption se développe primitivement en arcs de cercles parallèles, les arcs d'un même groupe n'apparaissent que successivement ; les plus anciens ne font pas la même saillie et ne présentent pas la même coloration que les plus récents : il en a été différemment chez la malade que nous avons l'honneur de présenter à la Société.

La nommée B..., femme V..., âgée de 55 ans, entre le 21 avril 1891, salle Lugol, lit n° 14.

La malade assure n'avoir jamais eu d'autre affection cutanée que celle qui l'amène à l'hôpital. Son éruption a débuté il y a 3 ans sur les membres inférieurs. Elle s'accompagne parfois de sensations pénibles.

Il y a deux ans, des plaques éruptives ont apparu à la partie supérieure de l'avant-bras gauche et sur le tronc. Il y a 6 semaines seulement qu'elles ont envahi la face.

État actuel. — La malade accuse des céphalalgies nocturnes. Son éruption présente les caractères suivants :

A la *face*, on voit, au-devant de l'oreille gauche, une plaque mesurant environ 6 centimètres de hauteur sur 3 centimètres de largeur ; elle est limitée extérieurement par un rebord bicyclique. Ce rebord est d'un rouge vif et induré ; il forme comme un bourrelet mesurant environ 7 centimètres de diamètre. Ses deux extrémités correspondent, la supérieure au tragus, l'inférieure à l'extrémité du lobule.

Dans l'axe de la plaque ainsi circonscrite, se trouve un groupe de papules rouges légèrement saillantes ; elles forment une courbe irrégulière, d'un rayon moindre que le cercle périphérique, et concentrique à un cercle intérieur dont elle est séparée par des surfaces beaucoup moins érythémateuses. Ces lésions sont indolentes et sans desquamation.

Une éruption analogue existe autour de l'*œil gauche* : il y a là un cercle qui part de l'angle interne de l'œil et de la partie correspondante du nez, descend sur la joue jusqu'à 3 centimètres au-dessous du bord palpébral, s'étend à la partie externe de l'orbite jusqu'à 2 centimètres de l'angle externe de l'œil et vient s'éteindre sur la moitié de la paupière supérieure après avoir intéressé la partie externe du sourcil.

Dans l'axe de ce cercle, se trouvent deux autres cercles concentriques à rayon moindre : le plus interne répond aux bords des paupières ; le cercle périphérique est, comme celui de la plaque périauriculaire, notablement saillant, et d'un rouge plus vif que la plaque ; la rougeur disparaît sous le doigt.

Ce cercle forme un bourrelet d'environ 5 millimètres de diamètre. La conjonctive est intacte.

Autour de l'*œil droit*, se trouve une altération analogue, mais beaucoup moins prononcée; le bourrelet extérieur est moins saillant; partant de l'angle interne de l'œil, il remonte à la partie interne du sourcil, descend obliquement à l'angle externe de l'œil, contourne la paupière inférieure et, à sa partie interne, descend à 1 centimètre au-dessus de son rebord. On distingue, dans l'aire ainsi circonscrite, des surfaces moins colorées et irrégulièrement circulaires. Leur saillie est beaucoup moins prononcée qu'à gauche, si ce n'est à l'angle interne. Ces éruptions péri-orbitaires sont de date relativement récente; leur début remonte à six semaines.

Au niveau de l'épaule gauche, des placards éruptifs sont constitués par des cercles et surtout par des fragments de cercles; plusieurs sont disposés concentriquement; ils ont donc des rayons de dimensions très variables. Ils sont formés par la réunion des saillies papuleuses dont le relief est peu considérable et qui sont cependant appréciables à la vue et au toucher. Ces saillies sont irrégulièrement polygonales et séparées par des sillons entrecroisés, très superficiels. Leur coloration est saumonée, elles ne sont pas recouvertes de squames.

Des plaques irrégulièrement polycycliques se voient au-devant et derrière l'épaule, et les intervalles de peau saine qui séparent les cercles concentriques varient de 5 millimètres à 2 centimètres.

Sur la face externe du *bras gauche*, existe une plaque analogue, ayant tout à fait l'aspect d'une cocarde. Elle est constituée par 4 cercles concentriques. Ces cercles sont formés des mêmes papules que précédemment. Le plus externe est presque complet. Le suivant l'est tout à fait. Celui du centre de la plaque n'est qu'indiqué en ce sens que sa partie centrale est encore érythémateuse. Le grand diamètre de cette plaque est de 6 centimètres.

Le rayon du 1^{er} cercle mesure environ 3 centimètres.

—	2 ^e	—	—	2 1/2	—
—	3 ^e	—	—	1	—
—	4 ^e	—	—	4 millimètres.	

La plaque centrale est aussi saillante que le cercle périphérique, elle présente la même coloration.

Au-dessous de cette cocarde en est une autre moins nettement dessinée. La malade fait remonter à cinq mois le début de ces cocardes.

On voit un troisième placard semblable à ceux de l'épaule à la partie antéro-externe du coude gauche. La malade affirme que ce dernier était très étendu, qu'il a diminué et que ses boutons disparus n'ont laissé aucune trace ou cicatrice. Ses papules sont plus saillantes, plus résistantes au doigt et de coloration plus foncée qu'au bras. Plusieurs d'entre elles sont recouvertes de très minces croûtelles. On trouve tous les intermédiaires entre les simples macules et les papules.

Les deux plaques situées à la partie antéro-interne de la jambe sont recouvertes de croûtes assez épaisses, les unes blanchâtres, les autres noirâtres, quelques-unes sont rocheuses; d'autres ressemblent à des gouttes de bougie. Par places seulement, elles correspondent à de légères excoりiations. Il n'y a

pas d'ulcération. Cet aspect particulier de l'éruption paraît dû au trouble apporté dans la nutrition des tissus par la présence de varices très prononcées.

On trouve tous les intermédiaires entre les éléments en activité et ceux qui sont en voie de régression.

La malade est soumise à un traitement par le sirop de Gibert à la dose quotidienne de 2 cuillerées à soupe et l'iodure de potassium à la dose de 3 grammes.

Le bras et l'épaule de cette malade ont été moulés par M. Baretta (la pièce porte le n° 1604 dans le Musée de l'hôpital St-Louis).

Ce fait diffère surtout de ceux qui ont été publiés jusqu'ici par la complexité de la cocarde qui ne compte pas moins de 4 cercles concentriques et surtout par l'identité d'aspect des différents groupes de papules qui la constituent : celles du centre ne sont ni plus volumineuses, ni plus livides, ni plus effacées que celles de la périphérie; elles semblent toutes du même âge, d'une même poussée; il en est de même pour chacun des placards périphériques.

Ayant cherché, dans notre Musée, des éruptions offrant les mêmes caractères, nous n'en avons pas trouvé une seule semblable; le moulage qui offre la plus grande analogie avec l'éruption de notre malade porte l'étiquette : lichen plan (Musée de l'hôpital St-Louis, *Collect. génér.* n° 1554). Nous nous sommes demandé si nous n'aurions pas affaire à une forme anormale de cette dermatose qui est susceptible de revêtir des aspects si variés; nous ne pouvions nous dissimuler cependant que l'absence des papules typiques du lichen et aussi que le peu d'intensité et l'inconstance des sensations prurigineuses rendaient ce diagnostic peu vraisemblable; le traitement seul néanmoins devait juger la question; nous avons vu que la malade avait été soumise à une médication mixte par le sirop de Gibert et l'iodure de potassium : or, dès le 12^e jour, les papules étaient moins colorées et 18 jours ont suffi pour amener une modification très considérable dans les caractères de l'éruption : toutes les plaques éruptives ont très notablement pâli en même temps que leurs saillies se sont affaissées, celles-ci sont à peine appréciables aujourd'hui au niveau de la cocarde.

Il nous paraît donc démontré qu'il s'agit de manifestations syphilitiques. En présence de ce résultat, nous devons rechercher si nous n'avions pas qualifié à tort de *lichen plan* l'éruption si analogue dont le moulage porte le numéro 1554; mais, en nous reportant à son observation, nous y avons constaté que l'éruption était par places constituée par des papules lisses, luisantes, plates, polygonales, offrant par conséquent tous les caractères qui appartiennent au lichen plan; que ces papules étaient en certains points disposées en traînées rectilignes et qu'elles étaient le siège d'un prurit intense : il faut donc simplement retenir de ce fait que les éruptions papuleuses du lichen plan et de la syphilis peuvent offrir une disposition circinée presque identique.

Nous pouvons conclure également de notre observation que, contrairement à la règle, tous les éléments de syphilides polycycliques peuvent offrir le même aspect, paraître du même âge, et subir parallèlement la même évolution rétrograde; ils arrivent ainsi à constituer des cocardes composées de cercles multiples dont chacun présente des caractères identiques.

M. HARDY. — Je doute qu'il s'agisse ici d'une lésion syphilitique et je base ce doute sur la rougeur vive qu'elle présente. Le traitement seul pourrait élucider cette question. Jusqu'à ce qu'il ait donné un résultat, je crois à l'existence d'un érythème circiné non parasitaire.

M. HALLOPEAU. — La durée de la maladie, qui remonte à 3 ans, ainsi que l'action si manifeste et si rapide du traitement me paraissent établir qu'il s'agit bien réellement de syphilides.

TRAITEMENT DES PELADES ET DES FOLLICULITES PAR LES INJECTIONS HYPODERMIQUES DE SUBLIMÉ

Par M. MOTY, médecin-major de 1^{re} classe, professeur agrégé
au Val-de-Grâce.

Le service des maladies de peau du Val-de-Grâce a reçu, pendant le 1^{er} quadrimestre de l'année courante, 84 malades atteints de pelade ou de folliculite; 34 ont été traités par les injections de sublimé, soit primitivement, soit après insuccès des traitements habituels.

Dans tous les cas, nous avons obtenu l'arrêt immédiat de la chute des cheveux et leur reproduction ultérieure plus ou moins complète et plus ou moins rapide suivant l'état de conservation des bulbes et la date plus ou moins récente du début de la maladie.

Les résultats sont surtout avantageux dans les folliculites agminées et les pelades à grands cercles.

Ce mode de traitement nous a été inspiré par le travail de notre ami et collègue Vaillard sur les bulbes pileux et le sang des capillaires du cuir chevelu dans la pelade.

Sans rien préjuger en ce qui concerne l'unité pathogénique des affections à formes cliniques différentes qui se sont présentées à nous, et pensant que le sublimé agirait plus efficacement en injections qu'en lotions, soit comme antiseptique, soit comme excitant, nous avons procédé de la manière suivante : fixer le cuir chevelu en le serrant fortement, enfoncer l'aiguille de la seringue de Pravaz un peu en dehors de la plaque dénudée, pénétrer à un ou deux centimètres vers le centre sans traverser l'aponévrose épicroânienne et faire ainsi un nombre de piqûres correspondant

à l'étendue de la lésion ; injecter cinq à six gouttes seulement de solution par piqûre, de manière à ne pas produire une distension trop douloureuse.

Nous avons employé pour l'injection la solution aqueuse au 300^e, deux fois par semaine, ou la solution au millième tous les deux jours et même tous les jours.

Depuis, nous avons essayé la solution au 100^e dans l'huile au moyen de l'addition d'un peu d'éther, comme le fait notre collègue Burlureaux pour le traitement de la syphilis par les injections d'huile au sublimé ; mais cette injection est beaucoup plus douloureuse que la première, et laisse un noyau d'induration qui persiste une semaine environ : nous y avons donc renoncé.

Notre mode de traitement a pour inconvénient la douleur, insignifiante au moment de la piqûre, mais qui persiste ensuite assez longtemps ; il s'applique mal aux folliculites disséminées et il n'a pas d'action sur les atrophies pseudo-cicatricielles. Nous avons fait, d'ailleurs, de mille à quinze cents injections sans observer aucun accident et nous croyons que ce traitement est indiqué quand on veut gagner du temps ou quand la dénudation progresse, malgré l'emploi des méthodes moins agressives. Nous nous proposons d'en poursuivre l'étude avec la solution aqueuse au 500^e injectée 2 fois par semaine.

Les nécessités du service ne nous permettant pas de conserver longtemps les malades en observation, notre expérience est encore trop récente et trop incomplète pour que nous nous prononcions d'une manière définitive sur la valeur du procédé ; elle sera fixée dans l'avenir par le plus ou moins de fréquence des récidives.

M. E. VIDAL. — Je ferai seulement remarquer que, après avoir pris connaissance d'un mémoire sur la pelade adressé à l'Académie, mémoire dont l'auteur préconisait l'usage externe du sublimé, j'ai mis ce traitement en expérience dans mon service et que je n'en ai obtenu aucun résultat.

M. E. BESNIER. — M. Moty ne s'étonnera pas et ne se formalisera pas d'entendre des médecins qui ont, comme les médecins de l'hôpital Saint-Louis, expérimenté sur une large échelle et sans succès une foule de traitements préconisés contre la pelade accueillir ses résultats avec un certain scepticisme. Il est certain que, s'il nous indique un traitement réellement efficace, il aura rendu aux peladiques et à leurs médecins un service dont tous lui seront reconnaissants ; mais, avant d'engager les praticiens à entrer dans la voie nouvelle que leur indique M. Moty, voie sur laquelle ils pourraient être exposés à des accidents, il est indispensable que les résultats de ce nouveau traitement soient établis avec certitude.

Pour cela, je lui demande d'amener, soit à la Société de Dermatologie,

soit devant les médecins de l'hôpital Saint-Louis réunis en commission, un certain nombre de malades qui seront examinés tant avant qu'après le traitement.

Je dois ajouter, cependant, que je n'ai pas l'espoir que le moyen qu'il nous propose soit véritablement pratique, facile, commode. Or, il est indispensable qu'un traitement de la pelade soit d'une innocuité à la fois locale et générale. Il faut, en outre, dans l'appréciation de ses résultats, tenir compte des surprises que l'on rencontre constamment dans la pelade qui, quelquefois, au bout d'un certain temps, guérit spontanément, sans que l'on sache pourquoi.

M. MOTY. — Je ferai mon possible pour me rendre à l'invitation de M. Besnier. Je ne sais cependant si j'y pourrai parvenir comme je le voudrais parce que les nécessités du service ne me permettent pas toujours, de conserver, autant que cela serait nécessaire, les malades que j'ai à soigner.

M. BURLUREAUX. — M. Moty a parlé de la douleur que produisent les injections huileuses de sublimé. Il y a un moyen d'éviter la douleur, c'est de faire les injections avec lenteur comme je l'ai proposé pour les injections d'huile créosotée. De la sorte, j'ai pu injecter dans la fesse d'un de mes malades 80 grammes d'huile contenant un dix-millième de sublimé et cela sans déterminer de douleur.

M. LAILLER. — Les conditions dans lesquelles s'est placé M. Burlureaux ne sont pas comparables à celles des recherches de M. Moty et ce qui est inoffensif et non douloureux dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région de la fesse peut-être très douloureux dans le derme du cuir chevelu.

M. BARTHÉLEMY. — Les remarques que vient de faire M. Burlureaux sont très intéressantes, parce qu'elles nous fournissent un nouveau mode d'introduction du mercure dans l'organisme qui peut, en certaines circonstances, avoir son utilité.

NOTE SUR UN CAS D'HERPÈS MENSTRUEL CONFLUENT DE LA RÉGION SACRO-LOMBAIRE

Par M. H. LAUSSEDAT.

La malade dont il m'a paru intéressant de vous présenter l'observation est une jeune femme de 29 ans, grande, blonde, lymphatique, issue d'une mère morte tuberculeuse à 55 ans et dont une sœur plus jeune est morte aussi tuberculeuse à 22 ans.

Cette dame, qui revient de temps en temps à Royat pour y faire une cure tonique, m'a été adressée pour la première fois il y a six ans pour une éruption herpétique qui se produisait sur la région lombaire depuis quelques mois et coïncidait avec la période menstruelle; la malade avait 23 ans à cette époque et ne présentait aucun signe de tuberculose pulmonaire.

Cette éruption se présentait avec les caractères suivants : 48 heures avant l'apparition des règles, un prurit très douloureux survenait brusquement au niveau de la peau qui recouvre les dernières vertèbres lombaires et les premières vertèbres sacrées sur une étendue de 8 à 10 centimètres carrés, la température locale augmentait sensiblement, la peau devenait rouge, des vésicules assez grosses s'élevaient, d'abord isolées, puis confluentes, la malade ne pouvait pas se coucher sur le dos, se grattait, ouvrait ses vésicules et transportait sur la peau saine du voisinage quelques gouttes du liquide vésiculaire, lequel donnait naissance à de nouvelles éruptions isolées, si bien que l'étendue totale de la maladie atteignait quelquefois 20 centimètres carrés.

Au moment où le prurit était le plus intense, où la tension vésiculaire était à son maximum, les règles apparaissaient.

Ce n'était que 2 ou 3 jours après leur apparition que la démangeaison s'atténuait sensiblement et finissait par disparaître. A ce moment, le derme de rouge qu'il était devenait rosé dans l'intervalle des vésicules, il s'affaissait, la température locale baissait, et la décongestion de la peau suivait la même marche décroissante que la décongestion de l'utérus, comme elle en avait suivi la marche ascensionnelle en se congestionnant en même temps que cet organe; peu à peu des croûtes se formaient qui tombaient au bout de 6 ou 8 jours et il ne restait plus à la place de l'éruption qu'une coloration légèrement brunnâtre de la peau, analogue à celle que laisse l'application d'un vésicatoire à contours irréguliers; du côté de la menstruation, tout se passait normalement, les règles revenaient au bout du même temps présentant la même durée, l'état général, très bon, ne paraissait pas souffrir de ces éruptions mensuelles, cependant il était nécessaire de calmer le système nerveux avec une préparation opiacée pendant les deux premières nuits de l'éruption, la malade se grattait involontairement.

Pendant 5 ans, les mêmes phénomènes se sont produits avec la même intensité avec très peu de variantes, tous les mois. J'ai revu la malade l'été dernier, en 1890 : pendant l'hiver de 1889 à 1890, une bronchite est intervenue à la suite d'une attaque d'influenza, la malade a toussé pendant trois mois, et pendant trois mois l'éruption herpétique a fait défaut, puis elle a réapparu de nouveau après guérison de la bronchite, mais avec beaucoup moins d'intensité, paraît-il; elle ne dépasse pas l'étendue d'une pièce de 5 francs, il est vrai que les règles sont moins abondantes, moins colorées et que la malade paraît sensiblement amaigrir; elle a maigri et l'auscultation du sommet droit permet d'établir des doutes sur la nature de la bronchite; interrogée sur la possibilité d'une éruption herpétique sur les parties génitales, la malade a répondu ne s'être jamais aperçue ni de cuisson ni d'un bouton de ce côté-là.

Comment est-il permis d'envisager l'étiologie d'une semblable affection? Selon toute vraisemblance il ne s'agit pas dans le cas présent d'un herpès récidivant d'origine vénérienne.

Il ne s'agit pas non plus d'un zona, la lésion siégeant exactement sur la partie médiane du bas du dos et ne suivant aucun trajet nerveux.

On pourrait être tenté d'admettre que ce cas se rapproche de ce que M. Mauriac a appelé l'herpès névralgique, ou bien alors admettre qu'il s'agit là d'un processus irritatif des branches nerveuses superficielles par propagation à la suite de compression des ganglions spinaux au moment des règles.

Je serais assez disposé à admettre, comme M. Deletang le dit dans sa thèse en 1885, qu'il s'agit d'une éruption herpétique liée à la diathèse arthritique.

Ce qui semblerait donner raison à cette opinion c'est que la suppression des aliments très azotés, du vin rouge, du café, au moment de l'éruption ainsi que de légers laxatifs ont atténué beaucoup l'intensité des phénomènes éruptifs.

Il m'a semblé que cette observation, difficile à interpréter au point de vue étiologique était curieuse à signaler en raison de son siège exceptionnel, de l'étendue de la lésion, de l'intensité et de la ténacité des phénomènes éruptifs.

M. FOURNIER. — Cette localisation de l'herpès menstruel est rare ; il occupe ordinairement la région fessière et surtout la région vulvaire ; pour ma part, je n'ai jamais vu une éruption aussi intense et aussi étendue que celle de la malade de M. Laussedat. L'herpès menstruel présente un intérêt clinique particulier : en effet, les femmes qui en sont atteintes s'y habituent et n'y font plus attention, de sorte que lorsque surviennent des accidents syphilitiques elles peuvent croire qu'il s'agit simplement d'herpès et devenir ainsi l'origine inconsciente de contaminations syphilitiques.

IODISME CUTANÉ

Par M. HENRI FEULARD.

La malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société offre un bel exemple des modalités éruptives diverses que peut provoquer l'iodure de potassium.

Son état aujourd'hui est modifié, mais vous pouvez vous rendre compte en examinant le moulage qui a été fait par M. Baretta (Musée de l'hôpital St-Louis, Coll. générale, n° 1603) au moment de l'entrée de la malade, comment se présentaient alors ces lésions et, par comparaison avec l'état actuel, connaître les modifications qui se sont produites.

Joséphine Lar., âgée de 54 ans, chiffonnière, se présente le 14 avril à la consultation de la Clinique des maladies cutanées et syphilitiques où elle a été

envoyée par un de nos jeunes confrères de la banlieue.

Elle nous montre d'abord son bras gauche sur lequel on constate les lésions suivantes :

Sur la face postérieure du poignet et remontant un peu sur l'avant-bras existent une dizaine de grandes bulles aplaties, brunes à leur centre déprimé, grises à leur pourtour soulevé, se touchant par leurs bords et reposant sur une peau rouge enflammée, tendue et douloureuse.

Leur groupe principal se compose de 6 éléments, dont deux mesurent les dimensions d'une pièce de 5 francs en argent, deux autres qui ont confondu leurs bords et forment une ellipse allongée équivalent à deux pièces de deux francs accolées côte à côte, deux autres enfin de dimensions un peu moindres. Le plus petit de ces éléments situé près du bord cubital figure une bulle aplatie contenant un liquide jaunâtre gélatineux demi-liquide, le centre est de couleur brune et commence à s'affaisser. Sur les autres, sans doute plus avancées dans leur évolution, il ne reste plus de soulevé que le pourtour formant un bourrelet épidermique grisâtre rempli de cette sérosité gélatineuse, l'épiderme central s'est affaissé, desséché, a pris une teinte feuille-morte et tend déjà à se détacher sous forme de croûte. La peau qui environne ces bulles pemphigotides est irritée, enflammée, excoriée par petites places.

A côté du groupe principal on trouve à la face antérieure du poignet, près du bord radial, un élément semblable, mais plus petit, qui représente la lésion à un degré moins avancé et qui est une bulle aplatie, à centre croûtelleux avec une zone rosée périphérique; à la face postérieure de l'avant-bras au-dessus du groupe principal, deux autres éléments plus petits encore, sorte de gros ses papules dont le centre est une vésicule remplie de sérosité louche.

Rien sur le reste des membres ; rien sur le bras droit.

A la face, deux autres lésions. L'extrémité du lobule du nez est recouverte d'une croûte noirâtre au-dessous de laquelle la peau est ulcérée, toute l'extrémité du nez est rouge, gonflée, tendue; l'aspect est celui d'une syphilide gommeuse ulcérée recouverte de sa croûte.

Au pourtour de la lésion principale, petites pustules purulentes; sur la face droite du nez, un peu plus haut, trois gros tubercules acnéiformes, rouges, durs, non suppurés; sur la joue droite tout près du sillon naso-génien, gros tubercule rouge jaunâtre, anthracôïde, formé par la réunion de plusieurs petits éléments semblables à ceux du nez et non ulcérés.

Enfin sur la lèvre supérieure, près de la commissure droite, lésion reproduisant en petit celle de l'extrémité du lobule.

Toutes ces lésions ont apparu en même temps il y a peu de jours, elles ne sont pas douloureuses spontanément; la malade ne donne aucune espèce de renseignement sur leur développement. On ne trouve nulle part ailleurs que dans ces trois endroits, poignet et avant-bras gauches, nez, joue droite, de lésions analogues.

Surpris quelque peu tout d'abord par l'aspect assez insolite des lésions de l'avant-bras, mais nous basant sur la lésion assez caractéristique du lobule du nez et nous remémorant le cas d'un malade atteint de lésions pemphigotides semblables observé autrefois dans le service de M. le Dr Hallopeau nous crûmes pouvoir, d'après l'aspect objectif seul des lésions.

porter le diagnostic d'éruption d'origine iodo-potassique ou bromo-potassique, avant tout autre renseignement ; ce diagnostic était confirmé quelques instants après et à l'aspect seul des lésions par nos excellents maîtres M. le professeur Fournier et M. Ernest Besnier.

La malade fut alors interrogée dans ce sens ; mais d'une intelligence peu développée, assez interloquée d'ailleurs, puis mécontente de l'intérêt qu'on prenait à son cas et de l'interrogatoire qu'on lui faisait subir, elle ne nous donnait que des renseignements absolument insuffisants et contradictoires. On la fit alors uriner et séance tenante l'urine fut examinée par l'interne en pharmacie du service, M. Lafaye ; l'emploi de réactifs appropriés décela la présence de l'iodure de potassium en assez grande quantité.

La démonstration était faite ; poussée de plus en plus, la malade finissait pas nous dire que depuis huit à dix jours elle prenait une cuillerée à bouche tous les matins d'une eau que le médecin lui avait prescrite mais dont elle ignorait la nature (1). En même temps, poursuivant notre examen, nous constatons à la partie supéro-interne de la cuisse droite une ulcération de la dimension d'une pièce de 1 franc environ, comme taillée à l'emporte-pièce, au fond de laquelle se voyait une sorte de détritüs jaune verdâtre, eschare en voie d'élimination ; à peu de distance de cette ulcération un peu au-dessous d'elle existaient deux petits cratères, l'un gros comme une lentille, l'autre plus petit, ces trois ulcérations reposaient sur une masse dure, non douloureuse, large comme une demi-orange.

En un mot, il existait à la partie supéro-interne de la cuisse droite une lésion ayant tous les caractères d'une gomme syphilitique ulcérée et évoluant sans réaction aucune ; il y aurait, au dire de la malade, près de six mois que se seraient ouvertes les plus petites ulcérations.

Le diagnostic avait sans doute été formulé en ville par le médecin et c'est pour cette lésion dont la malade ignorait la nature réelle (2) qu'avait été donné l'iodure de potassium.

Mais pourquoi, en dehors des accidents iodiques de la face qui entraient dans le cadre commun de l'iodisme cutané, cette localisation unique au poignet et à l'avant-bras gauche et l'intensité des accidents ? Nous apprîmes, non sans peine, qu'un mois auparavant la malade s'était foulé le poignet et qu'elle avait alors fait pendant une quinzaine de jours des frictions énergiques sur la région avec l'alcool camphré et avec la vaseline ; c'est même en venant la soigner pour cette foulure que le médecin constata la lésion gommeuse de la cuisse, et en profita pour prescrire le traitement ioduré. Celui-ci avait été suivi pendant huit ou dix jours comme nous l'avons dit.

(1) Nous n'avons pu avoir connaissance de l'ordonnance prescrite. On peut, d'après l'analyse de ce qui restait dans la bouteille remise par la malade, estimer la quantité d'iodure de potassium à un gramme de médicament actif par cuillerée.

(2) Il a d'ailleurs été impossible de s'éclairer sur les antécédents syphilitiques de cette femme.

Ainsi s'expliquaient les accidents que nous avons sous les yeux et dont l'origine médicamenteuse, iodo-potassique, était indéniable ; la vive irritation produite sur le poignet par les frictions faites quelques jours avant avait été cause que ces régions déjà lésées avaient réagi d'une façon extraordinaire vis-à-vis de l'élimination de l'iodure ; elles étaient les points de *moindre résistance*.

L'iodure fut nécessairement mis immédiatement de côté et la malade fut soumise seulement au traitement mercuriel.

Au bout de quelques jours la croûte du lobule du nez était tombée et l'ulcération se cicatrisait ; la lésion anthracôïde de la joue droite entraînait en véritable régression. Au poignet, sous l'influence d'un pansement émollient, l'épiderme soulevé se détachait et il restait des exulcérations semblables à celles que produisent les vésicatoires quand la peau est mise à nu ; ces exulcérations se recouvraient de croûtelles qui, à leur tour, tombaient (19-30 avril).

La guérison semblait donc assurée et prochaine quand apparurent les nouveaux phénomènes que voici. La cicatrice de l'exulcération du nez se recouvrait de petites végétations, sessiles, rosées. La lésion de la joue restait stationnaire sous la forme d'une petite excroissance jaunâtre dure. Les cicatrices de l'avant-bras devenaient à leur tour végétantes, papillomateuses, telles que vous les voyez aujourd'hui ; ces végétations gris rosé, sessiles, très petites, donnent à la cicatrice un aspect framboisé semblable à celui que revêtent certains condylomes syphilitiques.

C'est cette transformation très curieuse des lésions qui nous a engagé à présenter cette malade et l'apparition sur les cicatrices de végétations condylomateuses n'est pas, je crois, très fréquente, mais je rappellerai que M. Hallopeau a publié dans les *Annales de dermatologie*, de 1888, p. 285, la très longue et très belle observation d'un de ses malades atteint d'accidents très graves d'iodisme et chez lequel il constata la production d'un véritable pemphigus iodique et l'apparition sur les cicatrices consécutives aux bulles de végétations typiques. Le diagnostic dans le cas de M. Hallopeau ne fut pas porté tout d'abord et ce ne fut qu'après plusieurs récurrences des accidents, récurrences qui suivaient toujours l'administration de l'iodure chez ce malade syphilitique, qu'on arriva à établir indubitablement la relation de cause à effet entre l'iodure et les cicatrices végétantes consécutives aux bulles. Mais l'on peut dire que, depuis la publication de l'observation de M. Hallopeau, le diagnostic de cas semblables est devenu facile.

M. HALLOPEAU. — La malade de M. Feulard présente une analogie complète avec celui dont j'ai publié l'observation.

M. FOURNIER. — Les lésions du nez ont offert, chez cette femme, un aspect syphiloïde des plus remarquables. Ce point mérite d'être relevé car

j'ai vu, en ville, plusieurs erreurs commises à propos de faits semblables. J'ai observé entre autres une femme à laquelle son médecin puis moi avions donné l'iodure de potassium avec d'autant plus d'insistance qu'elle présentait des lésions cutanées que nous avions considérées comme syphilitiques; au bout de quelques semaines, en voyant ces lésions résister au traitement, j'ai eu l'idée qu'elles pouvaient être d'origine iodique; j'ai suspendu le traitement et la malade n'a pas tardé à guérir.

M. MAURIAC. — J'ai observé dans mon service un cas analogue à celui de M. Feulard; les lésions étaient syphiloïdes d'aspect; cependant, comme la malade ne portait aucune autre trace d'accidents manifestement imputables à la syphilis et que de plus les lésions étaient peu profondes, je pensai qu'il s'agissait d'une éruption médicamenteuse et, en effet, après la suppression de l'iodure, la guérison se fit rapidement.

NOTE SUR L'HISTOLOGIE DE L'URTICAIRE PIGMENTÉE

Par MM. QUINQUAUD et NICOLLE.

Les connaissances que nous possédons sur l'histologie de l'urticaire pigmentée résultent des descriptions de Thin, Pick, C. Fox, Unna, Raymond, Elsenberg et Doutrelepon. Ces descriptions concordent toutes dans leurs points principaux à l'exception de celle de Pick, qui se rapporte à des altérations d'ordre absolument différent. Laissant donc ce fait de côté, nous nous contenterons de rappeler brièvement les recherches des autres dermatologistes. Celles-ci ont porté sur les deux grands caractères de l'affection : la plaque urticarienne et la pigmentation.

Thin et Fox ont établi que la tumeur ortiée était due à une infiltration du derme par des cellules spéciales dont ils n'ont pu déterminer nettement la nature. Unna démontra que ces cellules n'étaient autres que les mastzellen de Ehrlich, opinion confirmée par les travaux ultérieurs. Raymond, auquel on doit le meilleur travail d'ensemble sur la question, s'attacha à donner une description complète des lésions se basant sur deux nouveaux cas. Enfin Elsenberg et Doutrelepon aboutirent à des conclusions analogues à celles des histologistes précédents.

La coloration des plaques a été attribuée à diverses causes : à la présence de cristaux d'hématine dans le derme, — à des dépôts de grains pigmentaires dans les cellules les plus inférieures de la couche de Malpighi, — enfin à l'accumulation pure et simple des cellules de Ehrlich vues par transparence (Raymond).

Après avoir reconnu la nature histologique des éléments de l'urticaire pigmentée, les auteurs ont recherché quelle en pouvait être l'origine. Pour les Allemands, les mastzellen sont de provenance migratrice; pour

Raymond, elles dérivent des cellules fixes du tissu conjonctif (au moins en grande partie).

On s'est également demandé si elles étaient vraiment pathognomoniques de l'affection. A cette opinion admise depuis les travaux de Unna, Doutrelepon a objecté qu'il avait retrouvé les cellules de Ehrlich en nombre à peu près aussi considérable dans diverses lésions cutanées (lupus et urticaire persistante notamment).

Les recherches que nous avons entreprises ont été pratiquées sur deux fragments de peau provenant d'un des malades déjà étudiés par Raymond (Obs. XXIX de sa thèse). Nos préparations ont été colorées par le picrocarmin, le carmin et l'hématoxyline, l'hématoxyline et l'éosine et par le violet dahlia d'après le procédé que recommande Ehrlich (1876).

Cette méthode est la suivante : on traite les coupes pendant 12 à 24 heures par une solution de dahlia dans l'alcool au tiers additionnée de 10 c. c. pour 100 d'acide acétique cristallisable : puis on les lave à l'alcool absolu ; les mastzellen restent seules colorées par le réactif. En teintant ensuite les autres éléments par le carmin, nous avons obtenu des préparations qui facilitent énormément l'étude des lésions en les rendant pour ainsi dire schématiques.

Nos préparations se rapportent à deux plaques ortiées, l'une tout à fait typique siégeant à l'avant-bras droit, l'autre déjà un peu affaissée, à la partie postérieure du tronc. Disons, dès maintenant, que l'examen histologique ne nous a révélé aucune différence appréciable entre les deux séries de coupes. Nous avons retrouvé, à peu de chose près, les apparences décrites par M. Raymond.

Sur les coupes colorées au dahlia, on aperçoit à un faible grossissement une masse d'éléments cellulaires teints en violet. Ces éléments sont plus abondants au niveau du plan vasculaire superficiel et surtout du plan vasculaire profond. Ils sont moins nombreux dans la zone anastomotique et dans la région immédiatement sous-jacente à l'épiderme. En ces derniers points ils se montrent tantôt isolés, tantôt et le plus souvent en petits amas périvasculaires. Dans l'hypoderme, ils sont très clairsemés, ne formant de groupes qu'au voisinage des glomérules sudoripares. A un plus fort grossissement on se convainc encore mieux de l'identité parfaite des cellules de l'urticaire et des mastzellen. Même forme polygonale dans les points où elles sont tassées en lots et en colonnettes, même aspect allongé ou même complètement fusiforme dans les régions où elles demeurent solées ; enfin même protoplasme rempli de granulations violettes au centre duquel se voit, comme en négatif, un noyau à peine coloré. Ce noyau montre au contraire une teinte rose dans les préparations soumises à l'action successive du dahlia et du carmin. Ces préparations permettent de constater l'immunité absolue des diverses parties constituantes du derme, de l'épiderme et de leurs annexes. Nous ferons cependant remarquer que, dans nos coupes, les cellules des couches les plus inférieures du réseau de Malpighi présentent un dépôt pigmentaire brunâtre. Ce dépôt

est très facile à voir dans les préparations colorées seulement au dahlia, préparations dans lesquelles les cellules épidermiques sont presque absolument décolorées. Dans les coupes traitées par le violet et le carmin, nous avons toujours remarqué l'absence de toute espèce de réaction inflammatoire; c'est à peine, en effet, si autour de certains capillaires on rencontrait un nombre extrêmement restreint de leucocytes. Dans l'observation qu'il a rapportée récemment, M. Doutrelepon dit, au contraire, avoir observé une quantité assez notable de globules blancs, mêlés aux mastzellen périvasculaires.

Nos préparations au picro-carmin nous ont permis de constater l'exactitude des descriptions des auteurs. Nous avons retrouvé les cellules de Ehrlich sous la forme d'éléments irrégulièrement cuboïdes quand ils sont en série, essentiellement polymorphes lorsqu'ils se présentent à l'état isolé. Le noyau est arrondi et prend, par le picro-carmin, une teinte rose pâle; le protoplasme, bien développé, montre une teinte blanc jaunâtre, ou franchement jaune, suivant que le réactif est plus ou moins riche en acide picrique; ce protoplasme est clair, mais de nombreuses granulations très fines en diminuent la transparence.

Dans les coupes traitées par l'hématoxyline et le carmin ou par l'éosine et l'hématoxyline, les mastzellen montrent un protoplasme rose (carmin ou éosine) et un noyau violet foncé (hématoxyline). Ce noyau, dans lequel on ne rencontre jamais de figures karyokinétiques, présente cependant fréquemment des signes non équivoques de division (directe). Ainsi il est commun de trouver des cellules à deux noyaux ou à noyaux réniformes, ou à noyau bi et même trilobé. Nous rappellerons, d'ailleurs, qu'Ehrlich a constaté souvent des phénomènes analogues dans les mastzellen du tissu conjonctif normal.

Comme on le voit, nos recherches confirment, d'une façon générale, celles des auteurs.

Le stade avancé de la lésion que nous avons étudiée ne nous permet pas d'aborder la question de l'origine des mastzellen. Par contre, ce qui précède nous permet d'affirmer que la plaque ortiée peut s'accroître en partie par multiplication de ses éléments propres. Nous ne saurions rien dire non plus du mode de disparition des cellules de l'urticaire pigmentée, n'ayant pas trouvé de cellules dégénérées analogues à celles décrites par Raymond dans son deuxième examen histologique.

Par contre, il nous paraît légitime de rattacher la pigmentation à la présence des granulations intra-épidermiques, au moins dans notre observation. Nos préparations sont d'ailleurs identiques en cela avec celles de Unna, Fox et Doutrelepon.

Enfin, nous dirons que la structure histologique des plaques nous semble absolument caractéristique de l'affection, contrairement à l'opinion de Doutrelepon.

Nous avons examiné avec la méthode de Ehrlich un grand nombre de pièces anatomo-pathologiques se rapportant aux principaux types de

tumeurs (épithéliomes, sarcomes, fibromes, lipomes), à divers processus infectieux (syphilis, lèpre, morve, tuberculose et scrofulo-tuberculose) et à plusieurs affections cutanées (eczéma, lichen, etc.), et jamais nous n'avons rencontré de mastzellen en pareille abondance : loin de là. D'ailleurs serions-nous tombés sur des cas analogues à ceux de M. Doutrelepon — et ils doivent être bien rares — que notre opinion n'en demeurerait pas moins opposée à la sienne. Dans une inflammation chronique de la peau, quelle que soit l'abondance des mastzellen, elles représentent un élément accessoire et non l'unique lésion cutanée, comme cela a lieu dans l'urticaire pigmentée. — Ce n'est donc pas la présence des mastzellen, éléments normaux du tissu conjonctif très abondants dans certains organes (le duodénum du chien, par exemple), qu'il faut regarder comme pathognomonique, mais bien leur présence exclusive en nombre considérable.

Nous devons cependant signaler en terminant une particularité qui, si elle était vérifiée dans la généralité des cas, pourrait peut-être jeter un certain jour sur la question et qui est rapportée par M. Doutrelepon. Dans un cas d'urticaire persistante datant de trois semaines, les lésions étaient, dit cet auteur, identiques à celles de son observation d'urticaire pigmentée. En dehors de cette donnée, nous pensons que la question ne peut faire de pas décisif que par l'étude des lésions à leur période précoce, étude qu'il faudrait d'ailleurs mener parallèlement avec celle du développement des mastzellen dans le tissu conjonctif de l'embryon normal.

NÉVRODERMITE AIGUE DIFFUSE CHEZ UNE MALADE ATTEINTE DE PLAQUES DE NÉVRODERMITE CIRCONSCRITE CHRONIQUE DE LA PAUME DES MAINS

Par M. BACQ.

J'ai l'honneur de présenter à la Société une malade qui est atteinte d'une lésion kératodermique palmaire symétrique rebelle. Je crois, après observation longue et approfondie de ces cas, pouvoir le ranger dans les névrodermites.

En somme, c'est un lichen simplex circonscrit de la paume des mains. On sait que, dans l'étude que nous avons faite, mon excellent ami M. le Dr Jacquet et moi, de cette affection, nous avons dit qu'elle pouvait exister à la paume des mains et à la plante des pieds, et que désormais il fallait tenir compte de cet élément nouveau dans le diagnostic différentiel si difficile des lésions sèches de ces régions. Tous ces points si obscurs de la dermatologie sont encore à l'étude, aussi nous a-t-il paru intéressant de faire connaître cette observation.

M^{me} X..., âgée de cinquante-quatre ans, vient nous consulter en septembre 1890 pour une affection rebelle de la paume des mains.

Elle est forte, nerveuse, très impressionnable et a éprouvé depuis quelque

temps de violents chagrins. Depuis plusieurs années déjà elle ressentait du prurit à la plante des pieds sans qu'il y eût la moindre lésion cutanée appréciable. En juillet 1890, à la suite de vives contrariétés, elle commença à souffrir de très vives démangeaisons à la paume des mains : elle frotta, gratta sans cesse ces régions : bientôt elle vit apparaître une sorte de fissure douloureuse à la paume de la main gauche : puis les lésions actuelles s'établirent peu à peu, très graduellement. Les crises de prurit étaient surtout violentes vers le soir. Depuis lors elles ont perdu de leur intensité première.

Lorsque je la vis pour la première fois à l'hôpital Saint-Louis, elle présentait à la paume des mains et à la plante des pieds des lésions symétriques caractérisées par un épaississement marqué de l'épiderme qui était grisâtre, corné, adhérent, en desquamation fine, par une certaine rougeur pâle mais appréciable du derme sous-jacent, et par d'assez nombreuses fissures douloureuses orientées suivant les plis de la paume de la main et de la plante du pied. Certaines personnes avaient cru à la nature spécifique de ces accidents. Quant à moi, je diagnostiquai d'abord une kératodermie symétrique des extrémités. Ce n'était là qu'un diagnostic purement objectif, et après avoir longuement étudié la malade, je crus pouvoir conclure à l'existence d'une névrodermite symétrique.

Le traitement institué par des onctions de pommades à base d'acide salicylique et tartrique amena une certaine amélioration fort minime cependant. Puis je perdis la malade de vue.

Elle revint me voir le 8 décembre 1890 avec une éruption symétrique qui occupait les parties latérales du tronc, le ventre, les cuisses et la région lombaire ; elle était diffuse, sans limites précises, et était caractérisée par une rougeur rosée assez accentuée au niveau de laquelle se voyait une sorte de petit granité qui, au premier abord, ressemblait jusqu'à un certain point à des vésicules d'eczéma, mais qui n'en était pas, car il était impossible par le grattage de faire sourdre le moindre suintement : cette éruption, au dire de la malade, avait toujours été d'une sécheresse absolue. En regardant de fort près, il était facile de se convaincre que le granité en question était dû à un certain degré d'hypertrophie papillaire ; cependant le derme n'était que peu ou point épaissi, sauf au centre des placards où il semblait bien, quand on saisissait le derme entre les doigts, qu'il était un peu infiltré. Cette poussée éruptive était survenue à la suite de violents chagrins : elle avait d'abord éprouvé de vives démangeaisons ; elle s'était grattée, et peu à peu avait vu survenir l'éruption.

Le traitement que j'instituai à cette époque fut le suivant : sinapismes sur la colonne vertébrale, à l'intérieur alternativement arseniate de soude à la dose de 2 à 10 milligrammes, bromure et iodure de potassium à la dose de 1 à 2 grammes par jour : localement j'employai une pommade à l'acide salicylique et à l'acide tartrique. En février 1891 l'éruption du tronc et des cuisses avait totalement disparu, mais celle des mains et des pieds existait toujours.

En avril, les pieds étaient presque complètement guéris ; l'éruption des mains persistait : je prescrivis une pommade au calomel.

Le 8 mai 1891, les pieds sont guéris. La plaque de la main gauche est caractérisée par une rougeur à bords peu nets, assez irrégulière de contours, occupant la base du pouce et la partie médiane de la paume ; son grand diamètre transversal mesure de 6 à 8 centimètres, et le vertical de 4 à 5. La

peau est manifestement épaissie en ce point. Elle est sillonnée par places de plis très marqués, sans direction systématisée nette, semblant correspondre surtout aux plis de la main : quelques-uns sont profonds et arrivent à former des fissures douloureuses. L'épiderme est en desquamation, mais en desquamation difficile et peu marquée, sur toute la surface de la plaque, ce qui veut dire qu'il est des plus adhérents : il est corné en certains points, lisse en d'autres, peu épais, grisâtre. Le derme sous-jacent offre une teinte à peine rosée, un peu terne et sale.

La face palmaire de la main droite est moins prise. La base du pouce est indemne. Seule la partie moyenne de la paume de la main est intéressée.

Le traitement consiste en applications, le jour de pommade au calomel, la nuit d'emplâtres à l'huile de foie de morue : la malade prend de l'arseniate de soude ; on lui donne deux douches froides par semaine.

Il est certain qu'au premier abord il semble bien qu'il s'agisse dans ce fait d'un simple eczéma chronique de la face palmaire des mains, lequel s'est compliqué à un certain moment d'une poussée aiguë. Mais cet eczéma ne présente-t-il pas des caractères bien spéciaux ? Sa symétrie, son mode de développement après de violentes émotions chez des personnes à système nerveux ébranlé, l'antériorité du prurit, sa sécheresse constante et absolue, la rareté de la desquamation tous ces caractères lui impriment, selon nous, une physionomie bien à part. Nous retrouvons en somme dans ce fait toutes les allures des cas que nous avons étudiés récemment, M. le D^r Jacquet et moi, sous le nom de névrodermites circonscrites. La lésion de la paume des mains est peut-être pour certains dermatologistes une lésion digne du nom d'eczéma, en réalité c'est une névrodermite : elle n'a jamais suinté, est sèche, n'offre qu'une desquamation insensible, est très prurigineuse, et s'est développée symétriquement à la suite de chocs nerveux et de grattages incessants. Je dirais même qu'objectivement, quand on l'examine de fort près, elle diffère des eczémas vrais. En tous cas, ce qu'on ne pourra nier si on persiste quand même à vouloir en faire un eczéma, c'est qu'elle constitue un eczéma bien spécial.

Il en a été de même pour la lésion de la plante des pieds, lésion qui a disparu à l'heure actuelle, peut-être parce que les traumatismes exercés sur elle ont été moins fréquents.

La lésion éphémère du tronc et des hanches nous paraît avoir été de la même nature. Mais ce que celle-ci a présenté de plus particulier, c'a été sa diffusion. Nous ne sommes pas ici en présence, comme dans nos névrodermites circonscrites, d'une plaque prurigineuse limitée : le prurit est diffus, et la lésion cutanée se calquant sur le prurit se diffuse également. D'ailleurs, mêmes caractères, antériorité du prurit, grattages, puis peu à peu rougeur légère, hypertrophie papillaire simulant des éruptions d'eczéma sec, et dès que le prurit disparaît, disparition des phénomènes objectifs.

Certes, je conçois toute la répugnance que l'on peut avoir à faire des accidents palmaires que nous venons d'étudier des plaques de lichen

simplex ou de névrodermite circonscrite ; mais l'observation suivante permettra à ceux qui voudront bien nous suivre dans cette étude de mieux comprendre cette conception nouvelle de ces affections.

Le 28 avril 1891, notre excellent ami le Dr Lafage, de Neuilly, nous envoie une de ses malades, âgée de trente et un ans, concierge, qui présente depuis fort longtemps une éruption des plus rebelles. Cette malade était déjà venue nous consulter l'année dernière ; nous avons diagnostiqué un eczéma chronique de la paume de la main droite.

Elle est fort nerveuse, très impressionnable, très emportée ; il y a six ans, à la suite de la mort de son enfant, elle vit ses règles s'arrêter subitement, et elle commença à éprouver des démangeaisons à la paume de la main droite ; elle se gratta : il survint peu à peu de la rougeur, puis la lésion actuelle. La main gauche est prise depuis deux mois seulement : il y a eu d'abord des démangeaisons violentes, puis des frottements, des grattages incessants, peu à peu l'éruption qui y existe en ce moment s'est développée.

La plaque de la main droite, celle qui date de six ans, est d'une rougeur terne, un peu pâle : elle est circonscrite, mais les bords n'en sont pas nettement arrêtés ; elle occupe le creux même de la paume de la main entre les deux éminences thénar et hypothénar ; elle est sillonnée de fissures assez profondes et douloureuses ; l'épiderme y est sec, corné, mais très peu épaissi ; elle semble être sèche ; la malade dit qu'elle a été sèche pendant fort longtemps, mais qu'il y a parfois un peu de suintement. On dirait au premier abord que c'est une plaque d'eczéma circonscrit de la paume des mains, et cet aspect est si réel que l'année dernière tel a été mon diagnostic.

La lésion de la paume de la main gauche qui est récente est beaucoup moins étendue : elle occupe le même point central ; elle est très prurigineuse, et ressemble, elle aussi, à une plaque d'eczéma.

En somme, ces deux lésions sont assez analogues comme aspect, quoique plus eczématiformes, et identiques comme développement aux plaques palmaires de notre première observation.

Mais ce qu'il y a de remarquable, c'est que cette malade-ci présente aux aines deux plaques symétriques qui partent du pli de l'aîne et qui s'étendent de là sur la partie supérieure des cuisses en figurant un segment de cercle. Elles ont un bord inférieur arrondi, assez nettement arrêté, faisant une certaine saillie sur les téguments voisins : le derme est épaissi à leur niveau ; elles sont d'un jaune brun clair, sont sillonnées d'un quadrillage très marqué, sont absolument sèches malgré leur localisation et l'ont toujours été, sont fort prurigineuses et datent d'environ deux ans. Elles ont tout à fait l'aspect des plaques typiques de lichen simplex chronique.

Depuis peu de temps la même malade porte enfin une petite plaque eczématiforme ovulaire à grand axe transversal sur la partie latérale gauche du cou, peu infiltrée, un peu pigmentée et fort prurigineuse.

En somme, chez cette malade on voit des lésions symétriques de la paume des mains, lésions analogues à celle de notre première malade, coïncider avec des plaques absolument caractéristiques de lichen simplex chronique. En dehors de toutes les autres considérations que nous avons

émises, il est donc tout naturel de faire de ces diverses lésions une seule et même maladie.

Les deux faits précédents semblent donc prouver : 1° que le lichen simplex chronique peut exister aux faces palmaires des mains et plantaires des pieds, et y simuler l'eczéma sec chronique ; 2° qu'il peut coïncider avec des poussées de prurit fort étendu, symétrique, lequel est suivi de lésions cutanées diffuses sèches, simulant l'eczéma sec, mais qui ne sont en réalité que des névrodermites diffuses à évolution relativement rapide.

D'ailleurs ces dernières lésions peuvent exister seules, sans lésion de névrodermite chronique circonscrite concomitante, comme le montre l'observation suivante :

M^{me} X..., âgée de cinquante-neuf ans, sans profession, vient me consulter au commencement d'avril 1891 à l'hospice de la Rochefoucauld. Voici les notes qu'a recueillies sur elle mon excellent interne et ami M. Matton.

Elle est extrêmement nerveuse et impressionnable, mais elle n'a jamais eu d'attaques de nerfs ; elle a eu à plusieurs reprises des crises de coliques hépatiques ; elle est depuis longtemps sujette à avoir des palpitations sans qu'il y ait au cœur la moindre lésion organique : les urines ne renferment ni sucre, ni albumine. Une de ses filles, âgée de trente-quatre ans, a eu une éruption prurigineuse que l'on a qualifiée d'eczéma et a été sujette pendant six ans à des crises de catalepsie ; un de ses fils a eu du purpura pendant son enfance.

M^{me} X... vient de perdre son mari après une longue maladie. Il y avait déjà quatre ou cinq mois qu'elle se surmenait et qu'elle se levait plusieurs fois par nuit pour le soigner quand elle a été prise de l'affection pour laquelle elle vient à l'hôpital. Cette affection a débuté il y a trois mois par des démangeaisons des plus vives qui ont nécessité un grattage presque incessant. Pendant un mois entier, malgré ce grattage et les frottements de toute nature exercés par la malade, elle n'a vu aucune trace d'éruption. Au bout d'un mois il est d'abord survenu de la rougeur, puis en quelques jours s'est développée l'éruption qu'elle présente à l'heure actuelle, et qui a surtout pris de l'extension et de l'importance depuis un mois. Jamais il n'y a eu la moindre trace de suintement.

Au moment où nous l'observons pour la première fois, l'éruption occupe symétriquement les avant-bras, les jambes et surtout les cuisses.

Aux avant-bras, ce sont les faces antérieure et externe qui sont prises. Il n'y a pas de plaques nettes : les lésions sont diffuses ; elles sont caractérisées par de très fins éléments, de la largeur d'une petite tête d'épingle, ayant presque la coloration de la peau normale, assez rapprochés les uns des autres, à peine saillants, aplatis, lisses, brillants, surtout visibles à la lumière oblique et ayant ainsi l'aspect de facettes.

Aux jambes, l'éruption occupe les régions latérales externes ; elle est encore plus rudimentaire qu'aux avant-bras.

La cuisse droite présente à sa face interne des sortes de plaques diffuses d'un rose légèrement jaunâtre très pâle ; à peine pigmentées, au niveau desquelles le derme semble être un peu épaissi et donne au toucher une sensa-

tion assez marquée de rudesse et de sécheresse. Elles ne font aucune saillie sur les parties voisines, et n'ont pas de limites nettes. On voit à leur surface des sillons parallèles peu accentués disposés en deux séries qui s'entrecroisent de manière à former des losanges ; c'est une ébauche très évidente du quadrillage des éruptions lichénoïdes. Ces lésions se retrouvent moins marquées à la face externe de ce membre.

A la face interne et surtout à la face externe de la cuisse gauche on trouve une éruption analogue, mais plus développée. Les plaques, quoique toujours diffuses, à bords peu nets, y sont très visibles, ont de 7 à 8 centimètres d'étendue dans leur grand axe, font un très léger relief, présentent de l'épaississement de la peau, un quadrillage marqué et une fine desquamation furfuracée.

Tout autour des plaques, sur les deux membres inférieurs, se voit un semis d'éléments aplatis, brillants, d'une teinte rose jaunâtre à peine perceptible, et ne faisant pour ainsi dire aucune saillie.

Comme traitement, nous prescrivons à la malade un régime sévère, la suppression du café et des aliments excitants ; nous lui faisons prendre 2 grammes de bromure de potassium par jour, et appliquer sur les points atteints du glycérolé tartrique.

Le 27 avril, l'éruption des cuisses est fort améliorée ; on voit cependant encore par places des vestiges de quadrillage, et, disséminées sur toute la face interne des cuisses, des sortes de petites papules aplaties, brillantes, ayant la teinte des téguments et ressemblant à des éléments minuscules de lichen planus. La face externe des membres inférieurs n'est pas aussi bien ; elle offre au premier abord l'aspect d'un eczéma sec. Il en est de même de la partie antérieure des avant-bras sur laquelle on n'avait pas appliqué de glycérolé tartrique. La malade se sent fort bien au point de vue général : les démangeaisons ont presque entièrement disparu, et l'impressionnabilité nerveuse est moindre. On supprime le bromure, et on continue les applications de glycérolé tartrique.

Le 8 mai, il n'y a pour ainsi dire plus rien de visible ; nous nous contentons de conseiller à la malade de prendre un peu d'arséniate de soude.

L'histoire de l'éruption précédente est absolument identique à celle de la poussée aiguë de notre première malade. Même pathogénie, mêmes causes d'excitation et de dépression du système nerveux, même antériorité du prurit, mêmes caractères objectifs de l'éruption qui est diffuse, mais calquée sur les zones prurigineuses, qui est et qui reste toujours sèche, et qui présente aux points les plus atteints un léger épaississement des téguments et le quadrillage des états lichénoïdes. Nous avons pu observer chez cette malade avec la plus grande netteté cet état pseudo-papuleux brillant des téguments atteints rappelant les éléments initiaux minuscules du lichen plan qui constitue, d'après moi, avec une certaine rougeur, le début des lésions objectives de ces névrodermites. Je ferai remarquer de plus combien a été longue ici la phase prémonitoire de prurit. Elle a duré au moins un mois pendant lequel la malade s'est grattée sans voir survenir la moindre lésion de la peau. Son âge relativement avancé n'y est-il pas pour quelque chose ? et n'est-ce pas là un caractère qui rapproche quelque peu ce fait du prurit sénile ?

Quoi qu'il en soit, les névrodermites aiguës dont nous venons de publier deux exemples, bien qu'elles aient des traits communs avec ce prurit sénile nous semblent s'en différencier par leur nature beaucoup moins rebelle, et surtout par la facilité avec laquelle les malades se lichénifient.

Pour me résumer je dirai que les trois observations que je viens de relater me paraissent s'éclairer réciproquement.

Notre deuxième cas nous montre que des lésions de la paume des mains caractérisées par une rougeur pâle et terne, par de l'épaississement des téguments, par une prolifération modérée de l'épiderme qui prend un aspect légèrement corné et adhère fortement aux parties sous-jacentes, par des fissures douloureuses, et surtout par un prurit des plus intenses, incessant ou revenant par accès, antérieur à la lésion cutanée, peuvent coïncider chez le même sujet avec des plaques typiques de lichen simplex chronique, et qu'il est dès lors logique de les distinguer des eczémas chroniques des mêmes régions et de les considérer comme des névrodermites circonscrites chroniques de la paume des mains.

Notre premier cas nous montre qu'une malade atteinte de ces névrodermites circonscrites chroniques de la paume des mains et de la plante des pieds peut, à l'occasion d'une violente secousse morale, être prise de démangeaisons symétriques diffuses du tronc et des membres, et voir se développer en ces régions, après traumatismes, une éruption sèche lichénoïde, simulant l'eczéma, qui doit être considérée comme une sorte de névrodermite diffuse à marche aiguë.

Notre troisième cas prouve enfin que ces névrodermites à marche aiguë peuvent se développer chez un malade, sans qu'il ait présenté antérieurement d'autre éruption, sans qu'il porte, en un point quelconque du corps, des placards de névrodermite circonscrite chronique.

M. VIDAL. — A l'appui de la très intéressante communication de M. Brocq, j'appelle l'attention de la Société sur un bel exemple de lichen palmaire dont voici le moulage, remarquablement exécuté par M. Baretta et déposé au musée sous le n° 1247 (Collect. gén.). Cette pièce représente les lésions profondément fissurées d'un lichen palmaire chez un homme de 66 ans, atteint de *lichen polymorphe ferox* généralisé et chez lequel les papules de lichen et de prurigo étaient des plus caractéristiques. On voit sur le moulage, autour de la plaque épaissie et sillonnée de fissures du lichen, des papules isolées à différents degrés de leur évolution.

Il est important de distinguer ces lichens des régions palmaire et plantaire, et de ne pas les confondre, comme on le fait si souvent, avec les eczémas chroniques de ces mêmes régions.

Au cours de la séance, a été élu *membre titulaire* M. MOREAU (de Toulouse).

SÉANCE DU 11 JUIN 1891

Présidence de M. Lailler.

SOMMAIRE. — Présentation d'ouvrage. — Présentation d'un cas de rhinosclérome, par MM. Ernest BESNIER, E. VIDAL et LE BEC. — Syphilomatose tuberculo-gommeuse de la face et du cou par M. Ernest BESNIER. — Sur les caractères différentiels des cicatrices consécutives aux boutons des pays chauds et des cicatrices d'origine syphilitique, par M. HALLOPEAU. — Un cas d'actinomycose de la face, par MM. DABIER et G. GAUTIER. — Ecthyma des bras, par M. BARTHÉLEMY. (Discussion : M. VIDAL.) — Bromisme cutané par M. FEULARD. — Bromisme cutané par M. CAYLA. (Discussion : MM. FOURNIE, MOREL-LAVALLÉE, JACQUET, BARTHÉLEMY, HALLOPEAU.) — Excision de chancres syphilitiques, par M. Ch. MAURIAC. — Cas rare de déférentite et de vésiculite blennorrhagiques par M. Ch. MAURIAC. — Note préliminaire sur les injections hypodermiques, à haute dose d'huile simple et médicamenteuse dans le traitement de quelques affections tuberculeuses ou autres, et particulièrement à propos des accidents qui peuvent être observés au cours de ces injections, par M. Ernest BESNIER. Discussion : MM. VIDAL, MOREL-LAVALLÉE, BARTHÉLEMY.) — De quelques formes anormales d'engelures, par MM. William DUBREUILH et Jean SABRAZÈS (de Bordeaux.) — Elections.

PRÉSENTATION D'OUVRAGE

M. ERNEST BESNIER offre à la Société un exemplaire de la seconde édition française qu'il vient de publier, en collaboration avec M. Doyon, de l'ouvrage du professeur Kaposi, intitulé *Pathologie et traitement des maladies de la peau*, avec notes et additions.

PRÉSENTATION D'UN CAS DE RHINOSCLÉROME TYPIQUE

Par MM. ERNEST BESNIER, LE BEC et VIDAL

L'observation et tous les détails relatifs à ce cas seront publiés dans le prochain Bulletin de la Société.

SYPHILOMATOSE TUBERCULO-GOMMEUSE DE LA FACE, DU COL, ETC. RÉUNISSANT SUR UNE MÊME SURFACE DES LÉSIONS EN ACTE ET DES ALTÉRATIONS MÉTASYPHILITIQUES, PAPILLÔMATEUSES, CHÉLOÏDIENNES, ETC. — SYPHILOMATOSE TERTIAIRE POLYMORPHE. — SYPHILIS D'ORIGINE CONCEPTIONNELLE. — PARTICULARITÉS REMARQUABLES

Par M. ERNEST BESNIER.

Voici un cas qui m'a paru assez intéressant pour le soumettre à la Société, à la fois en raison de ses caractères diagnostiques et de son origine.

Premièrement, caractères diagnostiques. — Au premier examen, en voyant ces agglomérats de lésions croûteuses, ulcérantes et végétantes, ces brides chéloïdiennes de la région cervicale, la zone livide qui entoure la plupart des lésions; et en apprenant que tout cela évoluait sur place depuis un grand nombre d'années, il était difficile de ne pas penser à l'existence d'une scrofulo-tuberculose de la peau. Cependant, même en ne tenant compte que des caractères objectifs, la coexistence, sur le haut du thorax, de vastes cicatrices pures de tout reliquat néoplasique, l'existence d'une section brusque et cicatricielle, également pure, au lobule de l'oreille qui n'était, en aucune façon, empâtée dans les tissus sous-jacents comme cela arrive régulièrement dans les tuberculoses, la saillie et la localisation de l'élément principal à la lèvre inférieure rectifiaient l'impression première, et ramenaient le diagnostic dans la direction de la syphilis. Enfin tout doute disparaissait en constatant, sur le crâne, une vaste surface cicatricielle, en plaque de cavités arrondies, capables de recevoir l'extrémité du doigt. La syphilis seule peut déterminer cette lésion. (Voyez, pièce du musée de St-Louis, *Coll, génér.*, n° 1614.)

Secondement, origines. — C'est un cas remarquable de syphilis conjugale par conception, de syphilis conceptionnelle, sans lésions secondaires connues.

L'infection remonte à 18 ans, la malade ayant alors 17 ans; elle a eu, d'un premier mari, mort deux ans après, syphilitique, et peut être tuberculeux, un enfant né à terme avec des lésions cutanées, et qui est mort, à quatre mois, de « méningite ».

Dix-huit mois après la mort du premier mari, second mariage, duquel est né un enfant parfaitement sain.

C'est seulement après cette naissance qu'ont débuté chez la malade les accidents syphilitiques que nous venons de constater. Le simple exposé de ces particularités curieuses suffit à en marquer l'intérêt au point de vue de la syphilis en général et de la syphilis conceptionnelle en particulier.

Voici l'observation recueillie et rédigée par M. Maurice Gauja, élève distingué de mon service.

X..., débitante de vins, 35 ans, se présente à la consultation externe de l'hôpital Saint-Louis, le vendredi 29 mai 1891.

Antécédents. — La malade s'est mariée, pour la première fois, à l'âge de 17 ans, sans avoir eu antérieurement de maladie semblable à celle qui existe aujourd'hui, et notamment d'abcès froids ou d'affections ganglionnaires.

Le mari avait, en se mariant, la santé déjà altérée et « un écoulement qui s'est arrêté ». Il a succombé, deux ans après, à une maladie que l'on peut supposer, d'après les renseignements, être une tuberculose pulmonaire.

De ce mariage est né un enfant venu à terme sans que la mère ait présenté aucun accident. Cet enfant serait né avec des boutons sur le visage, et aurait succombé à l'âge de quatre mois, à une « méningite ».

Six mois seulement après son accouchement, la mère a constaté, à l'avant-bras droit, l'apparition de quelques « boutons », sans y attacher grande importance ; elle a demandé une pommade à un élève en pharmacie de son voisinage « parce que ça la démangeait ». La pommade aurait guéri rapidement les boutons.

Toujours est-il que cette femme était assez bien portante en apparence pour se remarier dix-huit mois après la mort de son premier mari. Six années s'écoulèrent encore avant le début des lésions actuelles. Dans cet intervalle naquit un second enfant, qui aurait toujours été d'une santé parfaite.

Examen actuel. — La malade présente deux espèces de stigmates, les uns étant constitués par des cicatrices, les autres par des ulcérations.

On trouve, sur la totalité du corps, quatre grandes plaques cicatricielles, plus quelques minimes cicatrices, et un placard ulcéreux en voie d'activité.

Les plaques cicatricielles siègent au vertex, à l'épaule droite, au thorax, et à la partie du visage sous-jacente à l'oreille gauche. Les petites cicatrices se trouvent sur l'avant-bras droit.

Le placard ulcéreux occupe le bas du visage et la partie antérieure du cou.

Au point de vue chronologique les lésions se présentent dans l'ordre suivant : 1° l'avant-bras ; 2° le visage ; 3° le crâne ; 4° le thorax ; 5° l'épaule ; 6° l'oreille.

1° *L'avant-bras* (ancienneté : 16 ans). — On trouve seulement trois cicatrices blanches, achromiques, de la grosseur moyenne d'un pois et de forme ovale, qui sont les vestiges des « boutons » que la malade dit avoir eus à cette place six mois après son premier accouchement.

2° *Le visage* (ancienneté : 8 ans). — Les limites extrêmes de la lésion s'arrêtent, à droite, sur la portion latérale du maxillaire inférieur, en arrière du trou mentonnier ; à gauche, au niveau de l'os malaire ; en haut, à la lèvre inférieure ; en bas, au-dessous de l'os hyoïde.

Entre ces points extrêmes on voit des bords irréguliers, diffus, serpiginieux, circonscrivant un vaste placard, beaucoup plus envahissant à gauche qu'à droite et formé par la coalescence d'éléments divers. Ce placard présente, en effet, sur un fond rouge rosé, un grand nombre de plateaux faisant saillie au-dessus de la base commune, dont les uns sont franchement ulcéreux, les autres recouverts de croûtes, et d'autres enfin en état de cicatrisation.

Les éléments ulcéreux ont commencé, au dire de la malade, par des « bosses », par des « grosseurs du volume d'un œuf de tourterelle », de couleur rouge, qui au bout de trois ou quatre mois se perçaient en leur centre d'un petit pertuis.

La malade qui prenait ces grosseurs pour des « loupes » les pressait entre ses doigts et en exprimait une « bouillie blanche ». Puis peu à peu l'orifice s'élargissait et il se formait une plaie ovale.

Actuellement la malade offre trois ulcérations ainsi constituées : La principale s'étend depuis l'éminence mentonnière, qu'elle recouvre, jusqu'à l'os hyoïde ; elle mesure exactement 6 centimètres de longueur sur 2 de largeur. La seconde est située sur la portion de la joue droite correspondant à la face antérieure du maxillaire inférieur, entre le trou mentonnier et la branche montante du maxillaire ; elle a aussi une forme allongée et mesure 4 centimètres de longueur sur 1 1/2 de largeur. La troisième, beaucoup plus petite, se trouve du côté gauche presque à la même place ; elle a les dimensions d'une pièce de 50 centimes.

Celle-ci paraît d'ailleurs en voie de réparation. Mais chacune des deux autres est taillée à pic dans les téguments et offre une surface végétante, bourgeonnante, mamelonnée, sur un fond grisâtre, légèrement sanieux. Les bords ne sont pas très surélevés, quoique recouverts par places de croûtes jaunâtres.

La plus ancienne des ulcérations actuellement existantes remonte à quatre ans ; la plus récente, celle du maxillaire, à droite, à un an.

Les éléments entièrement recouverts par des croûtes n'ont pas eu, d'après la malade, le même début que ses éléments ulcéreux. Ils auraient commencé, il y a trois mois seulement, par de « tout petits boutons roses », ayant donné issue à un peu de sérosité citrine.

La malade a fait des lotions d'alcool camphré. Il s'est formé des croûtes que la malade arrachait en se grattant, et ces croûtes, se reformant sans cesse, ont fini par atteindre la dimension moyenne d'une pièce de deux francs.

Elles sont au nombre de trois principales, étagées en ligne droite depuis l'os malaire gauche jusqu'à la lèvre inférieure, du même côté. Ces croûtes, assez épaisses, de consistance molle, de forme arrondie, sont de couleur jaune grisâtre. Elles reposent sur une base enflammée, légèrement indurée, et sont entourées d'une aréole rouge foncé. Il en résulte une saillie prononcée de ces éléments : celui de la lèvre, en particulier, est si proéminent qu'il atteint presque le volume d'une noix. Il a fallu cette difformité, impossible à cacher à cause de sa situation, pour décider la malade à se présenter à la consultation de l'hôpital.

En dehors de ces lésions croûteuses, on voit encore quelques concrétions superficielles disséminées çà et là sur le placard du visage.

Enfin, on trouve encore, à la périphérie de ce placard, dans la région antérieure du cou, des brides cicatricielles horizontalement dirigées à droite et à gauche, et se réunissant, comme les barbes d'une plume à la hampe, à un tronc central, véritable chéloïde cicatricielle, verticalement situé par-dessus l'os hyoïde.

3° *Le crâne* (ancienneté : 7 ans 1/2). — Sur le pariétal gauche, à l'angle formé par la suture transverse avec la suture sagittale, se voit une cicatrice de forme quadrilatère, mesurant 6 cent. sur 5, et profondément excavée de quatre dépressions en forme de macaron dans chacune desquelles on logerait une bille. La malade raconte qu'il est sorti de ces trous des fragments d'os qu'elle arrachait elle-même avec une pince. Actuellement l'os

ainsi déformé est à peine recouvert d'une mince couche de tissu fibreux, d'aspect parcheminé.

4° *Le thorax* (ancienneté : 7 ans). -- La plaque cicatricielle est située au niveau du premier espace intercostal droit, tout près du sternum ; elle mesure 6 centimètres sur 4, et offre, à son centre, une profonde dépression, dans laquelle on loge le pouce. Cette plaque est à peu près achromique, c'est-à-dire qu'elle présente une teinte blanche, au milieu de laquelle apparaît un léger piqueté de points bruns. La surface est à peine gaufrée, les contours sont polycycliques.

5° *L'épaule* (ancienneté : 6 ans). — Cette plaque, qui mesure 11 centimètres sur 7, mais qui est, au dire de la malade, le reliquat de deux ulcérations distinctes, occupe le moignon de l'épaule et la région acromio-claviculaire. Ici la surface est franchement gaufrée, presque chéloïdienne, elle est traversée par une veinule téléangiectasique. Les contours sont également polycycliques.

6° *L'oreille* (ancienneté : 1 an). — Le lobule de l'oreille gauche a été presque totalement enlevé comme par un coup de dent ou à l'emporte-pièce. Il ne reste, en arrière, qu'un petit lambeau du bord externe. De plus, en avant du lobule et en dessous jusqu'à l'angle de la mâchoire, on trouve une cicatrice blanche et gaufrée, très irrégulière comme forme. Elle mesure 4 centimètres dans son plus grand diamètre.

SUR LES CARACTÈRES DIFFÉRENTIELS DES CICATRICES CONSÉCUTIVES AUX BOUTONS DES PAYS CHAUDS ET DES CICATRICES D'ORIGINE SYPHILITIQUE

Par M. H. HALLOPEAU.

Les diverses affections ulcéreuses de la peau laissent à leur suite des cicatrices indélébiles dont il y a souvent grand intérêt à reconnaître l'origine ; leurs caractères permettent le plus souvent d'y parvenir : c'est ainsi que l'on distingue d'ordinaire assez facilement les cicatrices qui représentent d'anciennes syphilides de celles qui sont consécutives à un lupus, à une tuberculose osseuse ou ganglionnaire, à une brûlure ou à une variole ; le nommé D. , que nous avons l'honneur de présenter à la Société, fournit par contre le témoignage qu'elles peuvent n'être que fort difficilement différenciées de celles qui constituent les empreintes d'anciens boutons des pays chauds. Lorsqu'on le découvre, on croit tout d'abord avoir affaire à un vieux syphilitique ; il porte en effet, sur les quatre membres, des cicatrices arrondies ou ovalaires réunies en groupes irrégulièrement circulaires dont les plus grands mesurent 0,08 sur 0,05 centimètres de diamètre ; ces groupes sont multiples ; on en compte 15 sur les membres supérieurs et 7 sur les membres inférieurs ; un certain nombre de ces cicatrices sont, comme celles des syphilides, superficielles, légèrement ridées ou comme gaufrées à leur surface ; leurs rebords sont nettement accentués ; elles sont en partie décolorées, en partie pigmentées en brun ; il serait difficile, si l'on n'était éclairé par les antécé-

dents du malade et les phénomènes concomitants, d'éviter une erreur ; mais l'on apprend bientôt que D.. a fait un séjour prolongé en Algérie et en Tunisie ; qu'il a habité en 1884 et en 1885 dans le voisinage de Gafsa ; qu'il a eu, à cette époque, pendant plus de 15 mois, des boutons suppurés qui ont été considérés par les médecins militaires comme ceux qui portent le nom de cette ville ; d'autre part, D... est actuellement atteint d'une syphilis toute récente ; il porte encore l'induration du chancre qu'il dit s'être développé il y a deux mois et nous avons constaté, lors de son entrée dans notre service, qu'il était atteint d'une roséole en même temps que d'ulcérations caractéristiques des amygdales. Il est donc certain que les cicatrices de ses membres ne sont pas d'origine syphilitique. En les étudiant de près, on leur reconnaît des caractères qui, dans des cas analogues, devront mettre sur la voie et empêcher de considérer comme syphilitique un sujet qui pourrait être vierge de cette maladie ; la plupart d'entre elles ont en effet des bords taillés à pic et comme enlevés à l'emporte-pièce : c'est là une particularité qui appartient aux ulcérations syphilitiques, mais non aux cicatrices qui leur sont consécutives.

En résumé, l'histoire de ce malade nous apprend que les cicatrices des boutons des pays chauds peuvent présenter de grandes analogies avec celles des syphilides, mais qu'elles en diffèrent cependant par l'aspect abrupt et nettement tranché de leurs bords.

UN CAS D'ACTINOMYCOSE DE LA FACE

Par MM. DARIER et G. GAUTIER.

La malade que nous présentons est atteinte d'une maladie aujourd'hui bien connue et assez fréquemment diagnostiquée à l'étranger, mais qui paraît être rare dans notre pays. Nous ne connaissons, en effet, qu'un nombre fort restreint d'observations d'*actinomyose chez l'homme* publiées en France (1.)

Notre malade, âgée de vingt-cinq ans, est originaire de Kirn, près Kreuznach (Prusse), mais elle habite Paris depuis sept ans et exerce le métier de cuisinière. Ses parents étaient bouchers et jouissaient d'une bonne santé, ainsi que ses frères et sœurs ; elle n'a pas connaissance qu'aucune maladie analogue à la sienne ait été observée dans son pays. Elle-même a toujours été bien portante ; elle est mariée depuis le mois de mai 1890 ; son mari, que nous avons vu, est fourreur et ne présente rien d'anormal. Elle ne connaît personne dans son entourage qui ait été atteint d'abcès ou d'une maladie quelconque qui puisse faire songer à une contagion.

(1) Observations anciennes de Lebert et de Robin (citées in Thèse de Ed. Oart. 189). — Plus récemment : cas de Lucet et Nocard (Acad. de méd., 21 août 1888). — Deux cas de Doyen (Congrès français de chirurgie), Paris, 1^{er} avril 1891.

Le début de la maladie actuelle remonte aujourd'hui à neuf mois environ, c'est-à-dire aux premiers jours d'octobre 1890. Mais, au commencement de l'année dernière, s'est produit un incident qui mérite d'être signalé ; elle eut, en effet, au mois de janvier 1890, un abcès dentaire, qui se développa au-dessus de la deuxième incisive supérieure droite, laquelle est le siège d'une carie qui en a détruit le tiers antérieur. Deux molaires de la mâchoire inférieure, à gauche, sont également cariées.

Cet abcès dentaire se développa sans grande douleur, s'ouvrit spontanément le neuvième jour et guérit très simplement. Il ne s'est pas reproduit et n'a été suivi ni de fistules, ni d'induration ; la malade ne pensait plus à ce petit accident, dont nos questions ont seulement évoqué le souvenir.

Au commencement d'octobre, étant enceinte de deux mois et demi, elle remarqua pour la première fois quelque chose d'anormal dans sa joue droite ; ses réponses relatives à cette période du début sont très près précises. Elle sentit d'abord une petite « grosseur », du volume d'un pois, en pleine joue et, plus précisément, à 6 centimètres en arrière et un peu au-dessus de la commissure des lèvres. Cette « grosseur » était profonde, sous-cutanée, plus voisine de l'os que de la peau, au dire de la malade, mobile cependant sur le plan osseux ; on ne pouvait l'atteindre avec le doigt introduit dans la bouche ; il n'y avait pas de gonflement ni de douleur, mais seulement un peu de gêne et quelques élancements.

Cette « grosseur » a lentement augmenté de volume en se rapprochant de la peau. Trois semaines après le début, un médecin, consulté, adressa la malade à un chirurgien de l'Hôtel-Dieu, mais elle refusa d'entrer dans son service. Au bout d'un mois, la tumeur adhérait nettement à la peau qui devint rouge à son niveau ; mais la tumeur « était plus grosse dans la profondeur qu'à la surface ». On aurait pu prendre à ce moment la lésion pour un abcès, la peau étant, à sa surface, rouge, tendue et brillante ; en effet, il se fit spontanément une ouverture au dehors, qui laissa écouler un peu de pus, sans pour cela que la masse diminuât notablement de volume.

Peu de temps avant l'ouverture de ce premier abcès, la malade avait constaté que tout autour s'était développées ce qu'elle appelle des « petites boules », assez profondes, mais adhérent bientôt à la peau, et la faisant saillir quelque peu. Ces petites tumeurs devinrent rouges et brillantes, puis jaunes à leur centre et se vidèrent au dehors, soit d'elles-mêmes, soit à la suite d'une incision ; mais souvent l'incision ne donnait issue qu'à un peu de sang. A cette période la lésion donnait lieu à des douleurs assez vives, surtout à la pression. Sous l'influence d'un traitement calmant, cataplasmes et pommade boriquée, il sembla à la malade que la lésion diminuait d'étendue par en bas tandis qu'elle gagnait du côté de la paupière.

Le 5 décembre 1890 la malade est adressée par M. le Dr Mérijot, qui la soignait, à M. le professeur Fournier, avec prière de donner son avis sur le diagnostic. M. Fournier écarte résolument et d'emblée, sur le seul examen objectif, l'hypothèse d'une lésion de nature syphilitique ; il n'accepte le diagnostic de lupus anormal ou lésion scrofulo-tuberculeuse qu'avec les plus extrêmes réserves et confie la malade à l'un de nous pour faire une étude approfondie du cas ; avec sa libéralité habi-

tuelle notre maître a bien voulu nous autoriser à publier cette observation.

A ce moment on note l'état suivant :

La lésion a l'aspect d'une plaque rouge mamelonnée qui occupe la joue droite presque tout entière ; elle occupe une étendue de 9 centimètres et demi de hauteur sur 6 centimètres et demi de large ; ses limites répondent au bord inférieur de l'orbite en haut, au sillon nasogénien en dedans ; en bas, elle s'arrête au niveau d'une ligne qui suit le bord supérieur du maxillaire inférieur, en dehors elle ménage entièrement la pommette. La surface est d'un rouge violacé, de la couleur de certains lupus ; elle est recouverte en quelques points par de larges squames. La région est peu saillante dans son ensemble, mais on y remarque une demi-douzaine d'élevures hémisphériques, ou mamelons, mesurant en moyenne un centimètre de diamètre ; quelques-unes sont ulcérées à leur sommet et recouvertes d'une petite croûte. Ces parties saillantes sont molles au toucher et plus ou moins nettement fluctuantes ; elles reposent sur une base très dure, de consistance cartilagineuse ou presque ligneuse ; on perçoit au palper que cette tumeur dure a une étendue plus grande encore que celle de la plaque rouge de la peau ; elle la dépasse tout autour, et notamment en bas et en dehors, d'un demi-centimètre environ. Cette large masse indurée n'est nullement mobile sur le squelette, elle adhère manifestement et largement à toute la face antérieure de l'apophyse transverse ou pyramidale de l'os maxillaire supérieur. Elle n'est pas très nettement limitée sur ses bords ; la paupière inférieure, surtout dans sa moitié externe, est le siège d'une infiltration molle, œdémateuse, donnant la sensation d'une fausse fluctuation, et la peau de toute la paupière est d'un rouge pâle. La température est notablement élevée.

Toute la lésion est très douloureuse au contact, mais les douleurs spontanées sont modérées ; la malade n'éprouve que des élancements qu'elle compare à ceux qui se produisent dans un abcès en voie de formation. Il n'y a pas de douleurs névralgiques à proprement parler, notamment dans la sphère du nerf sous-orbitaire ; pas de douleurs irradiées dans les dents.

En explorant la région avec un doigt introduit dans la bouche, on constate qu'il y a une certaine épaisseur de tissus sains parfaitement souples, interposés entre la muqueuse de la joue et la tumeur.

La muqueuse conjonctivale et les fosses nasales sont parfaitement saines ; il n'y a ni larmolement ni écoulement nasal. Il est remarquable et important à noter que les ganglions lymphatiques correspondants sous-maxillaires et parotidiens, sont tout à fait indemnes.

L'état général de cette jeune femme est excellent. Elle est enceinte d'environ cinq mois et ne se plaint d'aucun malaise. A l'examen complet de l'appareil respiratoire, du cœur, du tube digestif, on note un état absolument normal ; toutes les fonctions se font bien.

L'enquête sur les antécédents pathologiques éventuels donne un résultat complètement négatif ; rien qui puisse faire songer à la syphilis, rien de suspect au point de vue de la tuberculose. Il n'y a, actuellement, ni fièvre, ni frissons, ni amaigrissement notable.

Après cette révision de l'état de la santé générale de notre sujet, nous revenons à l'examen de la lésion locale.

En incisant les saillies fluctuantes que l'on voit à la surface de la tumeur de la joue, ou en détachant la croûte qui recouvre celles qui sont ulcérées, on constate qu'il s'écoule des plus molles d'entre elles quelques gouttes de pus blanc, crémeux, bien lié. D'autres, quoique nettement fluctuantes, ne donnent à l'incision qu'une très petite quantité de liquide louche, de consistance gommeuse qui sort difficilement et se stric de sang, si l'on insiste en pressant les bords de l'incision. En somme, les petits abcès se vident mal, le pus paraît s'être collecté au sein d'un tissu charnu ou fongueux qui saigne facilement et dont la pression est très douloureuse pour la malade.

Le pus est recueilli pour l'examen microscopique. En l'étalant entre deux lamelles, on remarque qu'il contient des grains arrondis, blancs, ou d'un blanc jaunâtre, opaques, qui s'écrasent sans grande difficulté quand on les comprime. Les plus gros ont le volume d'une graine de tabac ou d'une petite tête d'épingle; les plus petits sont à peine visibles à l'œil nu. Pour les recueillir à l'état d'isolement presque complet, nous avons étalé le pus en couche mince sur une lame de verre, pour l'examiner avec un faible grossissement, ou bien nous l'avons dilué dans de l'eau salée; les grains opaques gagnent alors le fond du récipient et on peut les prendre avec une aiguille. Chaque goutte de pus en contient environ une dizaine, ou une quinzaine, de dimensions variables. Si l'on porte ces grains sous le microscope dans une goutte d'eau salée, en recouvrant d'une lamelle, mais sans les écraser, le milieu de la petite masse n'offre qu'une image confuse, vaguement granuleuse; mais sur les bords on voit des filaments qui ont nettement une disposition rayonnée; si l'on écrase alors, quelques-uns de ces filaments se détachent et on en aperçoit qui nagent dans la préparation sous forme de petites massues, dont l'extrémité renflée est libre, tandis que leur bout effilé reste souvent soudé à des filaments semblables, et le tout figure ainsi un petit éventail.

Il était facile de reconnaître à cet aspect que nous avions affaire à des grains d'*actinomyces*; il nous suffira ici d'avoir sommairement esquissé l'apparence de ce parasite qui a été tant de fois si bien décrit et figuré par les auteurs. Nous ajouterons seulement qu'il nous a été facile d'en obtenir des préparations colorées, très démonstratives, par la méthode de Gram ou celle de Weigert, ou par la safranine, selon les indications de Babès; nous en mettons un certain nombre sous les yeux de la Société, et, d'autre part, un certain nombre de tubes de cultures de l'*actinomyces*, dues à l'obligeance de M. le Dr Djelal Moukhtar, et dont la graine provient de l'Institut Pasteur.

Nous avons nous-même, récemment, recueilli du pus pour le soumettre à des expériences de culture et d'inoculation aux animaux. Ces expériences sont encore en voie d'exécution; nous rendrons compte ultérieurement des résultats auxquels nous serons arrivés, la présente communication ayant uniquement pour objet de rapporter l'histoire clinique du cas que nous avons observé.

Peu de semaines après que la malade se fût présentée dans le service de M. le professeur Fournier, elle fut adressée par son médecin à M. le Dr Gautier pour être soumise à un traitement spécial dont nous allons parler. A ce moment le mal s'était encore étendu; des éminences fluctuantes avaient apparu dans la paupière inférieure, et d'autre part le prolongement sous-cutané que nous avons signalé du côté de la mâchoire avait adhéré à la peau

et donné lieu, là aussi, à des saillies d'un rouge violacé tendant à l'ulcération. On peut se rendre compte de l'aspect que présentait la lésion à ce moment, en jetant les yeux sur ce dessin, fidèlement exécuté par M. Leuba.

A la fin de décembre M. Gautier, ayant essayé sans succès l'électrolyse simple, commença l'application du traitement électro-chimique dont il est l'auteur (1). La méthode repose sur la décomposition d'une solution d'iodure de potassium au 1/10^e, en corps naissants, iode et potasse, par le courant de pile. Pour obtenir ce résultat, l'auteur, dans le cas actuel, a implanté deux aiguilles de platine dans les nodules de la tumeur et avec une seringue il a injecté toutes les minutes, pendant l'opération, quelques gouttes de la solution iodurée. Les deux aiguilles étaient reliées aux deux pôles de la batterie. Le traitement a été fait sous le chloroforme, en 3 séances de 20 minutes chacun, à 8 jours d'intervalle, avec une intensité de 50 milliampères.

Au mois de janvier il fut interrompu dans la crainte de compromettre l'évolution normale de la fin de la grossesse. Dans la quinzaine qui suivit la dernière application électrique, on vit survenir un abcès de la lèvre supérieure qui s'ouvrit entre la gencive et la lèvre. Cet abcès a été provoqué sans doute par une petite eschare des tissus profonds qui s'est ainsi éliminée par la muqueuse buccale.

Le 22 mars, la malade accoucha à terme d'une petite fille assez chétive, mais non malade, qui est aujourd'hui en bon état.

Le 7 mai on appliqua une dernière fois le traitement sur un petit nodule qui subsistait vers l'angle interne de la paupière inférieure, et dont on peut extraire un peu de pus contenant des grains d'actinomyces.

Le 25 mai, voici dans quel état nous trouvons la lésion : la joue droite tout entière est occupée par une tache mesurant 13 cent. de long sur 7 de large ; sa surface est dans son ensemble d'un rouge violacé, et où l'on remarque de petits vaisseaux dilatés et des cicatrices plus claires, rayonnées, correspondant aux piqûres électro-chimiques. Près de l'angle de la mâchoire se trouvent deux élevures d'apparence chéloïdienne. Toute la joue est chaude au toucher, mais les tissus en sont souples, la mobilité sur le squelette est normale ; on ne sent plus d'induration qu'au niveau des cicatrices rayonnées, sous forme de petits nodules fibreux superficiels. Il n'y a plus de suppuration nulle part. L'état général est excellent.

Depuis ce moment jusqu'à ce jour (11 juin 1891), il n'y a pas de modification importante à signaler, si ce n'est que la coloration de la lésion a manifestement une tendance à redevenir plus normale ; chaque semaine sa couleur rouge est moins sombre. En somme, la malade nous semble guérie ; mais elle devra être soumise à une surveillance prolongée au point de vue d'une récurrence possible.

Quelques points de cette observation nous paraissent mériter d'être mis en lumière et pourraient donner lieu à des considérations intéressantes. Le premier de ces points est relatif à l'étiologie. Notre jeune malade est née et a été élevée dans un pays où l'actinomycose est, pa-

(1) Voir la *Revue internationale d'électrothérapie*, 2^e année, n^o 8-10.

rait-il, relativement fréquente chez les animaux et chez l'homme ; ses parents étaient bouchers et elle-même se trouvait journellement en contact avec la viande. Mais elle a quitté l'Allemagne depuis sept années et n'y est pas retournée, ayant pendant ce temps toujours habité Paris. Il nous semble bien difficile d'admettre une aussi longue incubation pour une maladie dont nous avons pu constater la très rapide évolution. Nous pensons donc que nous avons eu affaire à un cas d'actinomycose contracté en France, à Paris, mais nous n'avons en aucune façon pu en déterminer l'origine par contagion ou par infection. Ayant égard aux faits assez nombreux qu'on a publiés, dans lesquels l'agent infectieux paraît avoir eu pour véhicule des épis de graminées, nous avons interrogé notre malade dans ce sens sans recueillir aucun renseignement utile. Nous ne voyons pas non plus d'où aurait pu provenir la contagion.

Les rapports qui existent entre cet abcès dentaire que nous avons signalé chez notre malade, et le développement ultérieur de l'actinomycose sont également difficiles à interpréter. L'étiologie bien nette, l'évolution très simple, la guérison rapide et complète de cet abcès, ainsi que la longue période, de plus de neuf mois, qui s'est écoulée jusqu'à l'éclosion de la première tumeur actinomycosique, nous font mettre en doute la relation entre ces deux accidents pour le cas actuel. Nous savons cependant que dans nombre d'observations cette relation a paru beaucoup plus directe et a été admise, probablement à juste titre.

Quant au diagnostic des lésions actinomycosiques, en général, il est absolument facile à établir par la constatation du parasite, pour peu que l'on songe à examiner le pus ; mais encore faut il que l'on soit conduit à faire cet examen par quelque particularité clinique, montrant que la maladie que l'on observe ne rentre pas dans le cadre de celles qui se présentent journellement. Dans le cas actuel ces particularités existaient ; il s'agissait d'une lésion localisée, du derme et du tissu cellulaire sous-cutané, en face de laquelle on ne pouvait songer ni à un abcès simple, ni à une tumeur maligne, ni à la morve, dont les lésions sont bien plus ulcéreuses ; le diagnostic de syphilis, et dans l'espèce de syphilitide tertiaire tuberculo-ulcéreuse, pouvait, comme on l'a vu, être écarté d'emblée par l'aspect objectif ; la couleur rouge vif, la mollesse des nodosités saillantes, l'état fongueux des petites ulcérations qui étaient peu destructives, l'absence de tout signe rationnel de syphilis, conduisaient plutôt à incriminer la scrofulo-tuberculose. Mais le lupus tuberculeux vulgaire reste limité au derme et aux tissus immédiatement sous-jacents ; il s'ulcère, mais ne donne pas lieu ordinairement à la formation d'abcès ayant, comme ici, le volume de petites noisettes. Il est pourtant des formes de lupus atypiques, et notamment la forme suppurative décrite par MM. Hallopeau et Vickham au Congrès de la tuberculose de 1888, qui ont un aspect plus voisin de celui de notre cas d'actinomycose.

Les auteurs que nous citons signalent l'engorgement des ganglions qui formaient à leur malade une sorte de collier ; il n'existait dans leur cas pas de tumeur profonde adhérente au squelette comme chez notre malade ; l'évolution de ce lupus s'était étendue sur une période de quatre ans, enfin le pus extrait de petits abcès [contenait le bacille de Koch à l'état de pureté.

En somme, nous pensons que si l'actinomycose est bien plus rarement diagnostiquée en France que dans d'autres pays, cela tient moins à une confusion avec d'autres affections, confusion qui n'eût guère été possible dans notre cas, qu'à la rareté réelle de la maladie chez nous.

Nous tenons à insister encore sur la rapidité remarquable avec laquelle a évolué la lésion que nous avons observée ; en deux mois, elle avait atteint son apogée ; chaque nodule se développait et suppurait en quinze jours environ ; l'envahissement des tissus voisins était aussi prodigieusement actif, ainsi qu'on peut en juger en comparant notre description de l'état au 5 décembre avec notre dessin qui a été exécuté deux semaines plus tard. Rapidité relative de l'évolution, envahissement qui semble ne pas tenir compte de la différence des tissus et en tous cas ne se cantonne pas à certains d'entre eux, tendance rapide à la suppuration, tels nous semblent être les caractères des lésions actinomycosiques chez l'homme.

Enfin nous relèverons encore l'efficacité du traitement qui a été employé dans notre cas, traitement qui, quoique compliqué et nécessitant l'emploi du chloroforme, ménage les tissus plus qu'une intervention chirurgicale et a donné une cicatrice satisfaisante. Nous n'avions, il est vrai, qu'une lésion localisée et facilement accessible ; l'avenir nous apprendra si la guérison va se maintenir, soit au point de vue local, soit à celui d'une généralisation possible.

ECTHYMA DES BRAS

M. BARTHÉLEMY présente un élève de l'école vétérinaire d'Alfort, qui après avoir accouché une vache non antiseptisée, a eu sur le bras droit une éruption de pustules d'ecthyma.

M. VIDAL. — Il s'agit ici d'une éruption ecthymatoïde, mais non pas d'un véritable ecthyma. Ce sont des folliculites et périfolliculites par pénétration dans les follicules pilo-sébacés d'éléments septiques et pyogènes, folliculites de même genre que celles qu'on observe parfois chez les anatomistes.

BROMISME CUTANÉ

1^o ÉRUPTION BROMURIQUE CHEZ UNE ENFANT DE DIX-SEPT MOIS

Par M. HENRI FEULARD.

L'enfant que je présente est atteinte d'une variété rare d'éruption bromurique, éruption bromurique végétante et très développée, consécutive à un traitement bromuré fait pour une coqueluche.

Le 16 mai 1891, la nommée Georgette P..., âgée de 17 mois, était présentée par sa mère à la consultation externe du service de la Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. Elle était envoyée du service de la Clinique de l'hôpital des Enfants pour une éruption dont la nature, soupçonnée syphilitique, avait cependant paru bizarre.

Cette petite fille présente, en effet, sur les fesses et la face postérieure des cuisses, une éruption formée de gros boutons végétants papillomateux dont la première apparence objective est celle de condylomes syphilitiques végétants.

À la partie supérieure des fesses, existent de chaque côté 7 à 8 gros boutons de couleur rouge foncé, surélevés de 3 à 4 millim., arrondis, ressemblant à des pastilles framboisées qu'on aurait collées sur la peau, les plus petits sont comme des lentilles, les plus gros mesurent 1 centim. 1/2 de diamètre environ.

Sur le sommet des fesses, symétriquement, deux tumeurs sessiles, lobulées, formées par l'agglomération d'éléments semblables aux précédents, ovalaires, à bords arrondis, sinueux, mesurant en longueur, celle de droite, 6 centim., celle de gauche, 7 centim., et dans leur diamètre transversal, 4 centim. de largeur environ.

Elles sont saillies sur la peau environnante de presque un centimètre de haut, et comme les précédentes, s'élèvent sur une peau absolument saine à l'en-tour; au-dessous de ces deux grandes plaques végétantes, à droite, trois boutons isolés peu saillants, gros comme des pois; à gauche, au-dessous du pli fessier, un autre groupe d'éléments conglomérés et disposé parallèlement entre les deux plis fessiers, sur la partie externe de la fesse gauche, en allant vers la région trochantérienne, une dizaine d'éléments isolés les uns des autres, de dimensions moyennes, de 5 à 6 millim. de diamètre.

Rien aux parties génitales, rien au périnée, rien à l'anus. L'éruption est entièrement sur la peau, les muqueuses sont saines.

Tous les éléments observés sont de même nature à divers degrés d'évolution; les plaques qui surmontent le sommet des fesses sont dues évidemment à la fusion de plusieurs de ces éléments, d'abord isolés puis fusionnés par leurs bords intérieurs, leurs bords externes soudés entre eux donnant le trajet sinueux du pourtour de ces plaques. Le tissu qui forme ces tumeurs végétantes est assez résistant, donne un très léger suintement quand on le presse; la pression est peu douloureuse, mais l'éruption paraît causer de vives démangeaisons. Comme je l'ai déjà indiqué les éléments éruptifs reposent sur une peau saine non infiltrée, toute l'éruption est en saillie.

L'éruption est absolument localisée aux parties que je viens de dire, les régions fessières et la partie supérieure de la face postérieure des cuisses;

intégrité complète de la région antérieure du corps, et très important à noter, de la vulve, du périnée et de l'anus.

En examinant complètement la peau de l'enfant on découvre sur le lobule de l'oreille droite un petit bouton semblable, gros comme une lentille et croûteux.

Tourmentée par les démangeaisons, l'enfant dort mal et s'est amaigrie ; elle est d'ailleurs assez peu développée pour dix-sept mois et pèse seulement 11 livres 1/2.

Les premiers boutons sont apparus vers le 25 mars ; localement on a appliqué des cataplasmes.

Si l'aspect objectif rappelait grossièrement à première vue l'aspect de certaines syphilides hypertrophiques végétantes, en tenant compte du fait que l'éruption siégeait exclusivement sur la peau et avait respecté les muqueuses, qu'il n'y avait nulle part ailleurs trace de syphilis, que la mère interrogée niait aucun antécédent syphilitique et affirmait que jusqu'au mois de décembre dernier, c'est-à-dire jusqu'à l'âge de un an, la petite fille allaitée par elle n'avait jamais été malade, on pouvait rejeter l'hypothèse d'une lésion syphilitique ; et en rapprochant cette éruption à gros éléments végétants de ce que l'on observe parfois dans l'iodisme cutané conclure à une éruption provoquée par l'administration interne de l'iodure ou du bromure de potassium, l'analogie étant grande entre les accidents causés par l'un ou l'autre médicament.

Aux premiers mots de l'interrogatoire dirigé dans ce sens la conviction était faite.

L'enfant, bien portante comme je l'ai dit jusqu'au mois de décembre, avait été alors atteinte de bronchite ; en janvier elle avait eu la varicelle ; en février elle avait été prise de coqueluche.

Les quintes qui se répétaient très souvent étaient suivies chaque fois de vomissements : un médecin consulté commença à traiter l'enfant le 11 mars ; le traitement a été continué jusqu'au 18 avril ; la base du traitement fut l'administration du bromure de potassium puis du bromure de sodium et du bromure d'ammonium, tantôt isolément, tantôt combinés.

De toute la série des ordonnances dont nous avons pu prendre connaissance il résulte que cette enfant, alors âgée de 15 mois, a pris du 11 mars au 18 avril, 23 grammes de ces bromures, les doses quotidiennes variant entre 50 centigrammes et 1 gramme.

Ce fut vers le 25 mars, c'est-à-dire après 15 jours de traitement, que se montrèrent les premiers boutons ; leur nature fut absolument méconnue et les doses de bromure furent continuées.

La mère, inquiète de l'état de son enfant, cessa toute visite à son médecin à la fin d'avril elle se contenta d'appliquer des cataplasmes et alla consulter à l'hôpital de l'Enfant-Jésus d'où elle nous a été adressée par l'interne du service de M. le professeur Grancher, M. Aviragnet.

Il n'y avait aucun doute possible à avoir ; il s'agissait donc bien d'une éruption bromo-potassique.

Je signale en passant cette particularité qui aurait pu aider à égarer le diagnostic, que le père, vu par nous le lendemain, se déclarait ancien syphilitique et se montrait fort inquiet quant à la nature des accidents que présentait sa petite fille.

Aux symptômes déjà décrits, j'ajouterai seulement ce détail, que les quatre incisives supérieures du bébé sont comme cariées, cassées net à la couronne et que la mère nous rapporte que c'est pendant que l'enfant prenait ses remèdes que cette altération des dents est survenue et que celles-ci s'effritaient en morceaux qu'elle détachait facilement elle-même. Ces quatre dents sont en effet réduites à l'état de chicos au ras de la gencive; les autres dents, quatre incisives inférieures et quatre premières petites molaires, quoique d'une teinte jaune foncé paraissent saines.

Aujourd'hui vous pouvez constater combien l'état local, en le comparant au moulage de M. Baretta fait le 21 mai (*Musée de l'hôpital Saint-Louis*, coll. générale, n° 1611) est amélioré. Pendant les premiers jours, des pansements ont été faits avec la vaseline boriquée; puis on a fait des lavages avec la liqueur de Labarraque coupée de trois quarts d'eau, et on a poudré avec la poudre d'oxyde de zinc.

Enfin depuis le 29 mai, pensant que l'administration de l'arsenic à l'intérieur pouvait être favorable, puisque l'administration de l'arsenic en même temps que l'iodure et le bromure prévient ou tout au moins atténue les accidents cutanés de ces deux médicaments, j'ai donné l'arséniate de soude à la dose de 2 1/2 milligrammes par jour. L'amélioration a été très rapide. Le bouton de l'oreille a guéri le premier, puis les éléments isolés des cuisses et ceux qui étaient peu avancés; les plaques s'affaïssèrent de plus de moitié, il n'y a plus de démangeaisons, et l'enfant a repris son sommeil, se met à manger et à engraisser.

Toutefois, comme il est survenu un peu de diarrhée, j'ai diminué la quantité d'arséniate de soude (l'enfant ne prend plus qu'un milligramme par jour). Les tumeurs végétantes sont aujourd'hui presque complètement affaïssées, elles sont devenues comme flétries, de couleur rouge vineux. Les tumeurs périphériques sont en partie disparues, il reste seulement des macules brunâtres à leur place.

2° ÉRUPTION BROMURIQUE CHEZ UN ENFANT DE QUATRE ANS

Par M. CAYLA.

Comme complément à la présentation de M. Feulard, voici un enfant de 4 ans qui présente un cas de même nature.

Il s'agit d'un enfant de 4 ans, amené dans le service de M. le professeur Fournier, le 20 mai dernier, pour une lésion occupant les 2/3 de la circonférence de la jambe droite à sa partie inférieure.

Elle était constituée par une large plaque de sept centimètres de longueur

sur cinq de hauteur ; les bords et le plateau qui la constituent font une saillie d'un demi-centimètre au-dessus, ces bords sont d'un rouge pâle, il est à remarquer qu'il n'y a aucun élément éruptif autour et que la peau reprend très vite son aspect normal autour de cette lésion.

Prise dans son ensemble, elle a une tendance hypertrophique et végétante des plus accusées, à considérer la surface. On remarque qu'en dehors des portions recouvertes de croûtes sèches et peu suintantes, elle est parsemée d'une infinité de points blanchâtres régulièrement disséminés, d'aspect purulent, d'un demi-millimètre de diamètre à peine, la pression ne fait rien sourdre à leur niveau.

D'une façon générale, la consistance de la plaque est molle et élastique, moins molle cependant que dans les quelques cas qu'il nous a été donné de voir. J'ajoute qu'elle était à peu près indolore à la pression.

Interrogée sur l'origine de cette lésion, la mère nous raconte qu'elle a débuté, il y a deux mois, par un bouton de la grosseur de la tête d'une épingle, occupant le centre de la plaque actuelle, autour duquel sont venus se grouper successivement une série de boutons semblables qui, par leur réunion, ont constitué la plaque actuelle. Ils n'ont jamais donné lieu à un écoulement purulent très abondant, le produit qui s'en échappait formait presque aussitôt croûte.

L'enfant ne présente aucune autre manifestation cutanée.

En l'absence de causes irritatives externes capables d'expliquer cette singulière lésion, on songeait à première vue à quelque manifestation d'hérédosyphilis, mais rien chez les ascendants n'autorisait une semblable hypothèse.

Au cours de l'interrogation, la mère nous apprend que l'enfant, sujet à des crises convulsives relevant du mal comitial dont elle est elle-même atteinte depuis l'âge de 15 ans, a été soumis depuis sept mois à l'usage du bromure de potassium.

Voici les renseignements assez précis que nous avons pu recueillir.

Pendant les deux premiers mois, l'enfant a pris quotidiennement 1 gr. de KBr., pendant les quatre mois suivants, 2 gr., en tout 300 gr. La première manifestation est apparue après quatre mois d'administration du médicament, alors que l'enfant avait pris 180 gr. de bromure.

Huit jours après, les points blancs purulents, sous l'effet des cataplasmes émollients, se sont vidés et ont donné à la surface un aspect criblé.

M. FOURNIER. — Je désirerais faire remarquer quelque chose à propos de ces deux petits malades qui ont été vus dans mon service. D'une part c'est la possibilité de confondre ces éruptions avec des accidents syphilitiques, l'erreur a été commise pour la petite malade de M. Feulard ; d'autre part c'est que ces accidents cutanés se produisent souvent à une date déjà éloignée du début de l'administration du médicament. C'est un fait à rapprocher de ce qui se passe pour l'iodure qui est parfois bien toléré pendant un temps, puis cesse de l'être.

M. MOREL-LAVALLÉE. — J'ai observé en ville un cas d'éruption bromique chez un épileptique qui ne prenait pas plus de 1 gramme 50 centig. par jour de médicament ; il y avait déjà quinze jours qu'il avait cessé d'en prendre quand l'éruption apparut.

M. CAYLA. — J'ai vu une éruption bromique chez un enfant de 10 mois qui prenait 30 centigrammes de bromure par jour et qui, en un mois, avait pris 5 gr. 40 centigrammes de médicament. L'éruption survint au bout d'un mois et siégeait au niveau d'une cicatrice d'un abcès froid préauriculaire que j'avais été obligé d'ouvrir et qui était guéri. On pouvait faire revenir à nouveau les lésions en redonnant du bromure.

M. JACQUET. — Des doses parfois très faibles peuvent donner des accidents. Kaposi a cité au Congrès de dermatologie de Paris un cas de bromisme chez un enfant allaité par sa mère laquelle prenait du bromure.

Ces éruptions ne sont pas toujours inoffensives ; j'ai vu dans le service de M. E. Besnier un homme atteint de bromisme cutané à grands éléments ; il n'avait pris que fort peu de bromure, et guérit en un mois environ.

Deux ans après, je le rencontrai par hasard à Saint-Louis, dans le service de M. Le Dentu : il était dans un état pitoyable, couvert d'ulcérations et d'abcès ; il s'était laissé persuader en raison de ses anciennes cicatrices de bromisme qu'il était syphilitique et n'avait cessé de prendre de l'iodeure. J'essayai de le raisonner ; peine perdue ; c'était un syphilophobe, et il est bien possible qu'il soit mort.

Au point de vue du traitement de ces accidents je rappelle que M. Féré a signalé récemment l'avantage de l'antisepsie intestinale par le naphтол et le salicylate de bismuth pour prévenir les éruptions médicamenteuses et surtout les éruptions bromo-potassiques.

M. BARTHÉLEMY. — M. Brouardel a montré à la Société de médecine légale un nourrisson atteint d'éruption iodique, dont la mère prenait de l'iodeure.

M. MOREL-LAVALLÉE. — J'ai observé il y a quelques mois une éruption mercurielle chez un enfant allaité, dont la mère prenait de la liqueur de Van Swieten. L'enfant eut une dermite généralisée que je ne crois pas possible de rattacher à une autre cause.

M. FOURNIER. — Ce qu'il y a de remarquable, c'est l'inégalité de tolérance non seulement chez les divers sujets soumis à ces médications, mais chez le même sujet à des périodes différentes. J'ai vu souvent des malades supporter l'iodeure à un moment donné, puis avoir dans la suite des éruptions ou toute autre forme d'intolérance.

M. HALLOPEAU. — Je connais des faits analogues. Un de mes malades qui prit pendant longtemps 6 gr. par jour sans inconvénient, ne pouvait plus reprendre d'iodeure sans avoir des nodosités sous-cutanées. Dans l'observation que j'ai publiée et dont il a été parlé à la séance précédente, le malade avait bien supporté l'iodeure pendant vingt ans avant d'avoir les accidents dont il fut victime.

EXCISION DE CHANCRES SYPHILITIQUES

Par M. CH. MAURIAC.

Un étranger, âgé de 29 ans, vient me montrer deux petites érosions juxtaposées et situées à 2 centimètres de la couronne, sur la muqueuse préputiale. Il les croyait syphilitiques et je partageais un peu son avis, car elles étaient légèrement parcheminées, un peu ecchymotiques au centre, et irisées à leur circonférence. A peine larges comme une petite lentille, très superficielles, elles n'avaient que 3 ou 4 jours d'existence, et cependant il semblait y avoir un peu d'adénopathie inguinale. Le syndrome primitif était donc fort équivoque ou à peine ébauché.

Quoique aucun cas ne pût mieux se prêter à l'excision, je n'y songeais point.

Mais le malade, au contraire, y tenait essentiellement. Il venait moins pour avoir mon opinion sur son cas, que se faire enlever ces deux érosions.

Sur ses instances réitérées je les lui excisai séance tenante, largement, très largement, ce qui fut chose facile, et je pris toutes les précautions opératoires les plus minutieuses pour mettre cette tentative d'abortion à l'abri de la critique la plus exigeante.

Le lendemain de l'opération, une troisième érosion se produisit, loin des deux premières, sur le côté opposé du prépuce. Elle était très rapprochée de la couronne. Quand le malade vint me la montrer, 24 heures après son apparition, elle avait déjà tous les caractères d'une néoplasie primitive et l'adénopathie s'était accentuée.

Le doute n'était plus permis. Les pressentiments du malade ne l'avaient point trompé, quoiqu'ils ne fussent fondés ni sur une incubation impossible à préciser, ni sur la santé des femmes avec lesquelles il avait eu des rapports.

Je n'hésitai pas à faire l'éradication de ce nouveau chancre syphilitique qui n'avait que 24 heures d'existence. Je l'enlevai très largement aussi, comme les deux premiers, mais avec un bistouri parce qu'il était voisin de la couronne et déjà profondément enchâssé dans les tissus.

Les ciseaux n'auraient pas pu atteindre sa base. Je fus obligé de le disséquer et de l'énucléer comme une petite tumeur.

La plaie de la première excision, faite 48 heures auparavant, était souple et en bon état.

J'avais fait cette première excision le 2 février et la seconde le 4. Je revis le malade le 6. Les deux plaies étaient dans un parfait état, et sans aucune réaction inflammatoire. Il me sembla que les ganglions inguinaux avaient un peu diminué de volume.

Le 16 (14^e jour de la première excision et 12^e de la seconde), il s'était produit une induration très marquée au-dessus des deux plaies qui néan-

moins bourgeonnaient régulièrement. L'adénopathie spécifique des deux aines avait pris un développement considérable et elle était même devenue un peu douloureuse.

Le 23 février, les plaies à peu près cicatrisées reposaient sur de larges disques d'induration spécifique. Le 29, tout le sillon balano-préputial était induré, et les plaies si bien cicatrisées, qu'on ne se serait pas douté que deux grandes excisions avaient été pratiquées 27 jours auparavant.

Le 23 mars (53^e jour du chancre), je constatais sur divers points de la peau des papules plates très caractéristiques et des croûtes dans les cheveux. L'infection généralisée n'était pas douteuse. Elle s'était affirmée par les lésions précédentes, vers le 47^e jour des chancres. Des troubles constitutionnels très prononcés, tels que céphalalgie nocturne violente, douleurs intercostales et diaphragmatiques, fièvre vespérale, sueurs abondantes pendant la nuit, etc. l'avaient précédée et annoncée pendant près d'une semaine.

Ces troubles constitutionnels persistèrent même pendant plusieurs jours après l'apparition des papules, malgré le traitement mercuriel et ioduré, que je ne manquai pas d'instituer dès que l'infection généralisée fût un fait accompli.

Pendant plusieurs semaines je revis le malade et je constatai la diminution progressive de l'induration balano-préputiale et de l'adénopathie.

Les premières manifestations secondaires sur la peau furent sèches et consistèrent en papules plates qui ne présentaient rien de particulier comme nombre et comme processus.

Du reste, je perdis ce malade de vue vers le milieu d'avril. Il était étranger et il quitta la France, convaincu, je crois, que l'excision est inutile, bien qu'il fût d'un pays où elle a été très en faveur.

Je ne voudrais point tirer de cet insuccès des conclusions trop pessimistes. Et pourtant, ne porte-t-il pas, après tant d'autres, une grave atteinte à la méthode? L'excision avait été faite dans des conditions exceptionnellement favorables, et qui se rencontrent bien rarement; néanmoins elle n'a ni prévenu ni atténué aucun des phénomènes qui marquent les différentes étapes du processus de généralisation.

Ainsi l'ablation des deux premières petites érosions équivoques et encore à l'état naissant, puisqu'elles ne dataient que de 4 jours, n'a pas empêché un troisième chancre d'apparaître 24 heures après, avec tous ses caractères de néoplasie primitive.

L'éradication de ce troisième chancre n'a nullement contrarié l'adénopathie bi-inguinale qui s'est accentuée de plus en plus, en même temps que se formait au-dessous des plaies une vaste induration syphilitique. Voilà pour la syphilis primitive dont le syndrome a été complet, au bout de 8 jours, malgré les deux excisions.

Quant aux conséquences éloignées de cette infection sur laquelle l'opé-

ration n'avait eu aucune prise, elles sont arrivées à leur date fixe, avec une précision mathématique. Au bout de 45 jours, des troubles constitutionnels les annonçaient; au bout de 53 jours, elles apparaissaient avec la dernière évidence sous la forme de papules sur la peau, de croûtes dans les cheveux, puis des plaques muqueuses, etc., etc.

En résumé, l'opération n'a modifié en quoi que ce soit le processus, et je ne vois pas quel en a été le bénéfice. Il est vrai que son inutilité est la seule objection qu'on puisse élever contre elle, car les deux plaies, quoique très grandes, se sont guéries avec une merveilleuse rapidité et sans laisser aucune trace.

Dira-t-on que sans ces deux éradications, la syphilis secondaire eût été plus grave? Mais qu'en sait-on? Ce qu'on peut affirmer au contraire, c'est qu'il eût été possible qu'elle fût plus faible, puisque dans bien des cas abandonnés à leur évolution naturelle, tout se borne à une petite roséole, sans les prodromes constitutionnels. Ici ces prodromes n'ont-ils pas eu une intensité insolite? Assurément je n'en rends pas responsable l'éradication, mais je constate cette particularité, parce que précisément elle a été remarquable par le nombre, par la violence et par la signification pathognomonique de ces phénomènes précurseurs, et qu'elle traduisait bien aussi, et de la façon la plus claire les souffrances d'un organisme fortement éprouvé par une infection dont on n'avait pas pu arrêter le fatal processus.

M. Diday m'ayant fait l'honneur de s'occuper d'une de mes premières tentatives d'excision faite en pure perte malgré un ensemble de circonstances encore plus favorables, disait dans une de ses leçons : « M. Mauriac est-il bien sûr d'avoir tout enlevé? » Cet argument est si personnel qu'il est difficile d'y répondre. Ce que je puis affirmer, c'est que j'ai fait de mon mieux, alors comme aujourd'hui, pour assurer le succès de l'opération et que je n'y ai pas réussi.

CAS RARE DE DÉFÉRENTITE ET DE VÉSICULITE BLENNORRHAGIQUES

Par M. CH. MAURIAC.

Un homme de 41 ans entra le 23 septembre 1890 aux chambres payantes de l'hôpital du Midi, pour une blennorrhagie très aiguë qu'il avait contractée 13 jours auparavant et qui s'était déclarée 5 jours après les rapports sexuels.

C'était la seconde. La première remontait à dix-huit années auparavant, et s'était compliquée de deux orchites qui avaient attaqué le même testicule, celui de droite, à peu d'intervalle l'une de l'autre.

Huit ans après cet homme se maria et il a eu deux enfants.

La blennorrhagie dont il vint se faire traiter à l'hôpital du Midi fut

inflammatoire, purulente et évolua très régulièrement pendant les deux premières semaines de sa durée.

Il survint alors au 15^e jour, sans aucune cause appréciable, une cystite assez violente puisqu'elle forçait le patient à uriner environ toutes les heures. La prostate était intacte et elle resta toujours telle, jusqu'à la guérison.

Je n'eus recours contre la blennorrhagie et la cystite qu'à des boissons diurétiques et à des bains fréquents et prolongés.

Les phénomènes inflammatoires, les troubles fonctionnels s'atténuèrent et se calmèrent peu à peu. La maladie arriva à cette période de maturité où il est permis et indiqué d'administrer les balsamiques, et c'est ce que je fis vers le quatrième septénaire. Puis je prescrivis quelques injections légèrement astringentes.

Tout semblait aller pour le mieux, lorsque le malade, après une longue marche, fut pris, tout à coup, le 33^e jour de sa blennorrhagie, d'une douleur excessivement vive dans le bas-ventre, immédiatement au-dessus du pli de l'aîne et au niveau du canal inguinal du côté droit.

Je constatai, en un point, un cordon volumineux très dur, fort douloureux à la pression, et sans empâtement périphérique. Il plongeait dans le bassin où on pouvait le suivre et le sentir très profondément grâce à la maigreur du sujet et à la flaccidité de ses parois abdominales.

Il n'y avait absolument rien ni dans le cordon, ni dans l'épididyme, ni dans le testicule.

L'inflammation, l'augmentation de volume, la douleur s'arrêtaient d'une façon très précise et brusque au niveau de l'orifice inférieur du canal inguinal.

Le repos, les cataplasmes laudanisés, des purgations légères n'ayant produit à peu près aucune amélioration, je fis appliquer, vers le 3^e jour de l'affection, 10 sangsues au niveau du canal inguinal et il en résulta tout de suite un grand soulagement.

Le malade n'éprouvait aucune douleur dans le fondement, ni au périnée. Les garde-robes étaient régulières. Il ne paraissait donc y avoir aucun retentissement de l'affection du côté de la prostate ni de la vésicule.

Pourtant je pratiquai le toucher rectal et je constatai : 1^o Que la prostate n'avait pas été touchée et que son côté droit était aussi indolent et aussi régulier que celui du côté gauche ;

2^o Que la vésicule séminale, au contraire, doublée de volume, formait une petite tumeur dure, bosselée et un peu douloureuse ;

3^o Que le canal déférent était volumineux, très dur et douloureux au toucher, mais moins cependant qu'au niveau du canal inguinal.

Je m'attendais tous les jours à voir le processus s'étendre au cordon, descendre dans les bourses et envahir l'épididyme.

Eh bien ! il resta toujours limité au canal déférent et à la vésicule ; l'orifice inférieur du canal inguinal fut pour lui une barrière infranchissable.

C'est là le côté très particulier et réellement inexplicable de cette complication blennorrhagique.

Elle dura sous sa forme aiguë 7 ou 8 jours et ne s'atténua ensuite que très lentement. Le canal déférent était un peu tuméfié et dur quand le malade sortit guéri de sa blennorrhagie après un séjour de six semaines à l'hôpital.

A aucun moment le cordon, l'épididyme et les testicules n'ont subi la plus légère atteinte.

Les particularités tout à fait insolites qu'a présenté le processus blennorrhagique à travers les voies spermatiques m'ont semblé dignes d'être signalées.

Dans l'immense majorité des cas, ce processus ne s'arrête pas en chemin : il se rend directement à l'épididyme, sans laisser derrière lui aucune trace de son passage. Les vésicules, le canal déférent, le cordon ne sont pas touchés. Il y a bien là quelque chose qui est fait pour nous surprendre, mais enfin c'est la règle et il faut l'admettre.

Ce qui est aussi la règle, c'est que le processus, après avoir atteint l'épididyme sans léser les voies spermatiques, semble le regretter et rebrousse chemin. Alors on le voit envahir le cordon de bas en haut, jusque dans le canal inguinal. Il va même au delà et il peut y avoir déférentite et vésiculite par effet rétrograde. Les voies spermatiques en effet ne sont envahies qu'après l'épididyme alors qu'il serait naturel qu'elles le fussent avant lui.

Presque toutes les funiculites sont consécutives à l'épididymite. J'ai vu cependant un ou deux cas de funiculite sans épididymite.

Mais ce que je n'avais pas encore constaté, c'est une vésiculite et une déférentite d'emblée, sans funiculite et sans épididymite.

Ce qui devrait être la règle devient une affection très rare et fort originale, d'autant plus qu'on ne voit absolument aucune raison pour que le processus ne franchisse pas le canal inguinal.

L'affection a été relativement très bénigne, surtout si on la compare aux descriptions qu'on trouve dans les auteurs. Il est vrai que ces énormes vésiculites abcédées appartiennent je crois beaucoup plus à la tuberculose des voies spermatiques, qu'à la blennorrhagie proprement dite.

NOTE PRÉLIMINAIRE SUR LES INJECTIONS HYPODERMIQUES, A HAUTE DOSE, D'HUILE SIMPLE OU MÉDICAMENTEUSE DANS LE TRAITEMENT DE QUELQUES AFFECTIONS TUBERCULEUSES OU AUTRES, ET PARTICULIÈREMENT A PROPOS DES ACCIDENTS QUI PEUVENT ÊTRE OBSERVÉS AU COURS DE CES INJECTIONS

Par M. ERNEST BESNIER.

Dans deux communications pleines d'intérêt, faites à la Société de

Dermatologie aux mois de mars et d'avril de cette année (1), notre savant collègue M. Burlureaux a établi que l'on pouvait injecter, chaque jour, dans l'hypoderme des doses considérables d'huile simple, ou médicamenteuse, qui étaient parfaitement tolérées et digérées sur place.

Non seulement, dans ces conditions, on peut introduire dans l'économie, en réservant les voies gastriques, des quantités considérables de matière grasse, et en faire arriver aux néoplasmes, mais encore cette huile peut permettre d'introduire, sans dommage local, des doses médicamenteuses jusque-là inusitées et inapplicables.

Il est aisé de concevoir que les applications de cette médication peuvent être considérablement étendues, et qu'il y a, vraisemblablement, bénéfice à la mettre en pratique chez quelques-uns des nombreux incurables que nous conservons dans nos services.

C'est à cette catégorie de malades que j'ai jugé utile d'appliquer d'abord la médication par motif d'humanité ; les cas simples et bénins feront l'objet d'une autre série pour laquelle il n'y a pas la même urgence.

Les malades mis en traitement par moi ont été : un cas de tuberculose pulmonaire arrivant à la période infectieuse ; un cas de gommes scrofulo-tuberculeuses généralisées avec pleurésie tuberculeuse, un cas de scrofulo-tuberculose grave du pharyngo-larynx, un cas de lupus tuberculeux du visage chez une femme âgée, avec sommets douteux ; un cas d'adénopathie tuberculeuse typique du col ; et enfin deux cas de sclérodémie, dont l'un arrivé à la période viscérale avec lésions palmaires.

Il ne saurait être question, aujourd'hui où ces études ne datent que de peu de semaines, de parler des résultats curatifs proprement dits ; la présente note n'a pas d'autre but que de maintenir à l'ordre du jour de la Société la question qui a été si brillamment apportée par M. Burlureaux, et aussi d'appeler l'attention sur quelques accidents qui peuvent survenir au cours de la médication.

Il a suffi de peu de temps pour s'assurer qu'à la condition expresse d'avoir recours à une huile chimiquement pure et stérilisée, les injections faites dans les conditions précisées par M. Burlureaux ne donnaient lieu à aucun accident local proprement dit. La douleur qui existe chez quelques malades a toujours été légère ; et aucun d'eux n'a eu ni suppuration, ni accès, ni nodosité, ni douleur persistante.

Un seul cas de lymphangite légère a été relevé ; mais, dans cette observation, au lieu d'avoir été faite avec l'huile créosotée, servant aux autres malades (2), l'injection avait été pratiquée avec de l'huile simple,

(1) Note sur la tolérance et la digestion de l'huile à haute dose par le tissu cellulaire sous-cutané. *Bull. de la Société française de Dermatologie*, n° de mars 1891, p. 106, et *Traitement des tuberculoses ganglionnaires par les injections d'huile créosotée à haute dose*, *op. loc.*, avril 1891, p. 149.

(2) L'huile créosotée dont nous nous servons a été fournie sur ma demande, au prix coûtant, avec le plus grand empressement, par la maison CHAMPIGNY, qui a droit à tous nos remerciements.

très correctement stérilisée, mais qui n'avait pas été épurée par le lavage à l'alcool à chaud (1).

Donc ce point est fixé ; ainsi que l'a dit M. Burlurcaux, à la condition de se conformer aux préceptes de l'asepsie et de ne se servir que d'huiles parfaitement pures, on peut injecter chaque jour sans aucun dommage local, dans l'hypoderme, des doses d'huile simple ou médicamenteuse de 50 à 100 gr. en moyenne et même beaucoup plus élevées.

Malgré la catégorie particulièrement défavorable de malades choisis volontairement par moi, je m'empresse de dire que la même innocuité se retrouve au point de vue des *actions à distance* sur les lésions tégumentaires des organes sains. Mais sur les *viscères altérés* et sur le *poumon*, il y a des réserves formelles à faire ; et il peut survenir des accidents d'une extrême gravité dans des conditions exceptionnelles, il est vrai, mais qu'il est nécessaire de connaître.

1° Lésions tégumentaires. Les tubercules lupiques, les gommes scrofulo-tuberculeuses sont *actionnés* par les injections d'huile créosotée, modérément pour le lupus qui se congestionne visiblement ; favorablement pour les gommes ouvertes dont la cicatrisation a paru activée. Mais chez une même malade où ces améliorations se produisaient, une gomme profonde huméro-cubitale a subi une *action d'acuité* qui rend, à bref délai, l'intervention chirurgicale nécessaire. Nous ne saurions affirmer que cela doive être rapporté au fait des injections mais nous sommes porté à le croire.

Quant aux ganglions tuberculeux aplegmasiques, à la dixième injection, et à la dose de 60 grammes, ils n'ont encore manifesté aucune réaction irritative.

Organes sains en général. — Rien d'appréciable ; aucun incident. Les urines ne sont jamais devenues noires et elles n'ont jamais présenté d'albumine ni de sang.

La santé générale paraît bénéficier des injections et n'éprouver aucun accident : en dehors des accidents que nous allons relater, cela est constant pour toutes nos observations personnelles.

Viscères altérés et appareil pulmonaire en général. — Nulle action apparente dans un cas de pleurésie tuberculeuse en voie de résolution après ponctions réitérées mais dans un cas de tuberculose pulmonaire en apparence torpide, nous avons vu survenir des accidents graves et subits qui ont menacé immédiatement la vie de la malade dans les conditions que je vais rapporter en quelques mots.

Au douzième jour de la mise en traitement, et lorsque la plupart de nos malades atteignaient sans aucun accident local ou général la dose de 40 à 60 grammes d'huile créosotée, c'est-à-dire la dose effective de 2 à 4 grammes de créosote par jour, une malade qui avait reçu la veille

(1) Cf. CHOAY. Note sur les huiles créosotées pour injections sous-cutanées (*Société de médecine de Paris*, séances des 16 et 23 avril 1891).

55 grammes d'huile et qui était très heureuse de l'augmentation de force qu'elle avait acquise, présenta dès le commencement de l'injection, des troubles inusités.

Il s'agit d'une femme de quarante ans, atteinte de tuberculose pulmonaire à forme torpide évoluant depuis un assez grand nombre d'années et qui était venue à l'hôpital Saint-Louis pour une ulcération tuberculeuse toute récente et superficielle de la langue, qui avait rapidement cédé au traitement local par l'acide lactique pur. Comme elle était entrée dans la période d'infection, que des altérations laryngées s'étaient manifestées en même temps que l'inoculation linguale, et qu'elle n'avait pas une forme hémorrhagique, en même temps que la fonction rénale était normale, elle me parut tout à fait en mesure de bénéficier de la médication nouvelle, et l'événement semblait justifier cette décision, puisque les onze premières injections qui l'avaient amenée à la dose de 55 grammes avaient été chez elle aussi dépourvues d'incidents que chez les autres malades. Le jeudi 28 mai, jour de la onzième injection, elle s'était levée, avait travaillé à faire les lits de ses voisines, mais s'y était peut-être un peu fatiguée ou refroidie ; de plus, elle arrivait à l'époque menstruelle.

A peine l'injection était-elle commencée qu'elle accusa un mauvais goût dans la bouche et qu'elle eut un peu de congestion de la face et une quinte de toux. La religieuse très expérimentée qui faisait l'injection voulut l'interrompre, mais la malade était tellement heureuse des résultats déjà acquis qu'elle insista énergiquement pour que la dose entière fût atteinte, et 60 grammes furent injectés. Presque aussitôt après, état syncopal très grave, pâleur, dyspnée suffocante. A la fin de la journée, congestion pulmonaire intense des deux poumons. Le second jour, même phénomènes : orthopnée. Le troisième jour, la congestion pulmonaire, diminuant partout, laisse se démasquer un point pneumonique du sommet gauche avec souffle tubaire, râles crépitants, expectoration rouillée rosée, sanguinolente ; l'état général est très grave : subdélire, incontinence d'urine, arythmie et tachycardie ; hypothermie ininterrompue depuis le début ; mort semblant imminente. Le quatrième jour, l'état était un peu moins grave, les phénomènes stéthoscopiques de broncho-pneumonie très nets et étendus à tout le poumon gauche ; expectoration rouillée commençant à être aérée ; et le souffle cessait d'être perçu ; au neuvième jour, hémiparésie droite passagère, mais résolution presque complète de la broncho-pneumonie et retour de l'expectoration ordinaire. Au dixième jour, l'incident pouvait être considéré comme terminé dans ses suites immédiates.

Assurément des accidents de cet ordre peuvent être observés sur des tuberculeux, traités ou non ; mais, ici, l'instantanéité de phénomènes généraux dès le début de l'injection, l'atteinte grave rapidement portée, ne permettent pas de penser qu'il s'agisse d'une simple coïncidence.

Le second cas, observé en ville, est relatif à une fillette de onze ans,

traitée pour une adénopathie suppurée de la région cervicale, arrivée sans aucun incident à la trentième injection — dose 20 grammes — et qui éprouva, dès le début de cette injection, *une douleur épigastrique rétrosternale, une vive altération des traits du visage*, et fut prise d'une *toux quinteuse avec expectoration muqueuse, gommeuse, abondante*, dont la quantité peut être évaluée à un quart de litre. On n'avait relevé chez cette malade avant les injections aucune lésion pulmonaire, et il n'en existe aucune trace un mois après. La crise a été assez violente ; elle a duré environ soixante-douze heures, causant un trouble considérable et *une altération accentuée de l'état général*. Au bout de cinq à six jours l'état antérieur est revenu, et la malade est dans un état certainement meilleur qu'avant le début des injections.

Quelle est la cause immédiate de ces accidents ? S'agit-il d'une simple irritation médicamenteuse portée sur le poumon ? d'une action sur les centres nerveux ? d'une pénétration directe dans le sang et d'embolies graisseuses ? Cette dernière hypothèse est la seule qui semble bien cadrer avec l'instantanéité des accidents, leur apparition, dès le début de l'injection, et leur terminaison favorable malgré l'extrême gravité de ces accidents. Mais ce n'est pas au fait de l'introduction de l'huile dans les veines que nous les rapportons, c'est à la pénétration directe de la créosote dans le système veineux, car on sait, depuis les expériences de O. Weber et de E. von Bergmann, en 1864-1865, qu'il faut des quantités considérables de graisse liquide introduites dans la circulation veineuse pour produire la mort subite ou des accidents durables ; et, dans nos observations, il ne faut pas oublier que l'huile ne pénètre qu'avec une grande lenteur.

Ce que je tiens à dire, en terminant, c'est que ces accidents qui ne tiennent, dans notre pensée, qu'à une défectuosité de *procédé*, restent très exceptionnels et ne sont pas de nature à compromettre ni la médication ni la méthode : ils sont seulement de nature à faire multiplier les précautions et les mesures de prudence.

En ce qui me concerne, j'ai continué l'application, et j'ai simplement modifié le *procédé* en reprenant la pratique que j'avais autrefois instituée à propos des injections hypodermiques de chloroforme, d'introduire l'aiguille *démontée*, et de ne la raccorder au tube conducteur d'huile qu'après s'être assuré par un moment d'observation qu'il ne s'écoule pas de sang par la canule. On pourra ainsi, je l'espère, éviter l'introduction directe dans le système veineux.

Si l'on prend soin, en outre, de ne pas faire l'injection si le malade est mal disposé, pour un motif quelconque, *et de la suspendre au moindre malaise*, on évitera, je pense, le retour d'accidents aussi graves que ceux que je viens de rapporter.

M. VIDAL. Les accidents pulmonaires présentés par la malade de

M. Besnier rappellent les symptômes d'embolie graisseuse observés chez l'homme dans certains cas d'ostéomyélite et que M. Déjerine a pu reproduire expérimentalement sur les animaux. Ces recherches sont consignées dans les *Comptes rendus et mémoires de la Société de biologie*, 1879, (p. 23 des mémoires) sous le titre de : *Recherches expérimentales et cliniques sur l'embolie graisseuse dans les altérations osseuses*. La possibilité et le danger d'introduction d'huile dans les veines sont évités en prenant les judicieuses précautions recommandées par M. Besnier.

M. MOREL-LAVALLÉE. — Il ressort de ce que M. Besnier vient de dire que la créosote, cette substance anti-tuberculeuse par excellence, peut, lorsqu'elle est injectée *en grande quantité* sous la peau, déterminer dans les foyers tuberculeux un processus congestif, suspect d'aggraver, voire de disséminer les lésions infectieuses.

Or, il est possible que de tels phénomènes s'observent, bien qu'atténués, avec l'iodoforme, pour la tuberculose cutanée.

En décembre et janvier dernier, mon excellent maître M. E. Besnier voulut bien me charger de traiter, dans son service, trois malades affectés de lupus ou de scrofulides végétantes faciales suivant une méthode déjà employée par moi en 1887, c'est-à-dire au moyen d'injections sous-cutanées à distance d'huile iodoformée à l'eucalyptol.

J'opérai cette fois avec des doses plus fortes que jadis ; les malades subirent une série de 30 injections et reçurent ainsi, par jour de *trois à douze* et *quatorze* centigrammes d'iodoforme par la voie hypodermique.

Or, voici un extrait de ces 3 observations.

C..., 16 ans, salle Cazenave, n° 67, à partir de la 13^e injection (0,60 d'iodoforme), le processus curatif se manifeste d'une façon éclatante par l'affaiblissement central du placard lupique rectangulaire ; deux jours après il s'y dessine une zone scléreuse triangulaire à sommet centripète qui aboutira à la guérison fibreuse du cinquième environ de la surface malade, tandis que celle-ci va s'affaïsser dans son ensemble et s'ébrécher à ses deux pôles. Au jour de la 19^e injection (0,10 d'iodoforme) cette amélioration est à son maximum, mais sur le bord de la lésion, surtout du côté opposé au processus de sclérose, est limité par un liséré ponceau aussi net que celui des malades inoculés avec la lymphé de Koch. Les croûtelles sont soulevées par la suppuration. Huit jours plus tard (0,14 d'iodoforme), énucléation cratériforme de grumeaux purulents bourbillonneux.

B., 27 ans, salle Cazenave, n° 65 ;... à la 30^e injection (0,14 d'iodoforme), j'arrête le traitement, en remarquant la teinte plus rouge qu'ont prise depuis 48 heures les éléments tuberculeux.

Il est à noter que ce malade, sans aucun traitement local, a retiré cependant un réel bénéfice de ses injections iodoformées, toutes ses végétations et fistulettes tuberculeuses sous-cutanées ayant pâli et fortement diminué de volume ; plusieurs se sont asséchées.

G., 23 ans, n° 68, salle Cazenave. — Ce malade a été impressionné très vite, du 3^e au 9^e jour (de 0,03 à 0,06 d'iodoforme) les tubercules *sucre d'orge*, épars dans l'ancienne cicatrice, pâlisent manifestement et tendent à se confondre avec le tissu scléreux ambiant. Mais au 15^e jour du traitement, *tous ces nodules ont reparu*. Vers le 22^e-24^e jour (0,10 centigr. d'iodoforme), on constate que la nappe fibreuse cicatricielle s'est assouplie : devenue trop large pour les tissus sous-jacents décongestionnés, elle se plisse et desquame légèrement. Mais le 25^e ou 27^e jour, *deux ou trois nodules nouveaux ont apparu, ou bien, de latents, sont devenus évidents*. Le 30^e jour, je suspends ce traitement, *vu la distension et l'éréthisme de la région scléro-lupeuse, la saillie apparente des tubercules nodulaires, et l'existence, alentour, de papules punctiformes sur la nature desquelles (folliculites iodoformiques ou nodules lupiques minuscules) je ne puis me prononcer*.

Je n'avais pas cru devoir publier ces observations, parce que ces expériences n'avaient qu'un but, opposer l'action indiscutable, mais relative et incomplète des injections iodoformées à distance sur le lupus aux résultats de la méthode de Koch. La communication de M. Besnier me fait un devoir de signaler des faits cliniques dont je ne pouvais alors m'expliquer la genèse ou les conséquences.

Il est donc à peu près établi que les deux substances les plus actives contre la tuberculose peuvent, quand elles sont introduites dans l'économie d'une certaine façon et à des doses élevées, ou accumulées, déterminer sur les lésions tuberculeuses un processus congestif dont il est encore impossible de mesurer l'importance.

M. BARTHÉLEMY. — M. Burlureaux n'a pu venir à cette séance ; mais j'ai vu, au Val-de-Grâce, plusieurs des malades qui ont été soumis à ces injections d'huile créosotée. On observe souvent dans les premiers temps une accoutumance un peu difficile, avec fièvre ; puis la tolérance s'établit et j'ai vu les courbes de malades traités ainsi pendant un mois et qui avaient engraisé de 5 à 6 livres par mois.

DE QUELQUES FORMES ANORMALES D'ENGELURES

Par MM. WILLIAM DUBREUILH et JEAN SABRAZÈS (de Bordeaux).

Quelque fréquentes que soient les engelures, il est rare de les voir dévier du type habituel et bien connu ; nous avons eu cependant l'occasion d'observer quelques formes anormales qu'il nous a paru intéressant de signaler, d'autant plus qu'on ne les trouve mentionnées dans aucun des ouvrages classiques de chirurgie ou de dermatologie.

Le type ordinaire de l'engelure est une infiltration du derme dans toute ou presque toute son épaisseur, mal délimitée, peu saillante et quelquefois surmontée d'une légère exsudation qui décolle l'épiderme et constitue une sorte de bulle ou de phlyctène flasque, le plus souvent même à

peine visible. On peut voir dans certains cas l'élevure plus superficielle et plus petite offrir l'aspect d'une papule ou, d'autres fois, la bulle prendre une importance prédominante et constituer en apparence la seule lésion.

Des faits de ce genre paraissent avoir été vus par Bazin, mais il se refuse à les rattacher aux engelures. « L'engelure se complique assez fréquemment, dit-il, d'hydroa ou d'érythème papulo-tuberculeux. Nous en distinguerons soigneusement ces dernières affections qui relèvent d'une cause bien différente. L'arthritisme et la scrofule ne s'excluent en aucune façon, vous les verrez souvent marcher côte à côte et se refléter ensemble à la peau, chacune par des phénomènes qui lui sont propres » (1). Il nous semble que la forme papuleuse et la forme bulleuse méritent d'être considérées comme de vraies engelures.

Les *engelures papuleuses* ont été signalées par J. Hutchinson (2) qui rapporte plusieurs observations d'une éruption formée de macules arrondies de la grandeur d'une lentille à une pièce de 1 franc, généralement saillantes, d'une rougeur violacée, souvent surmontées d'une vésicule ou quelquefois ayant une tache blanche au centre qui leur donne une fausse apparence de vésicule. Cette éruption est indolente et siège aux mains et aux pieds surtout sur les doigts, au niveau des articulations et sur les faces dorsale et latérales. Elle apparaît au commencement de l'hiver chez des individus sujets aux engelures ou s'étant exposés à un froid exceptionnel.

OBSERVATION I. — Zulma D..., âgée de 31 ans, a déjà reçu nos soins, en 1889, pour des syphilides tertiaires des joues et des lèvres. L'affection qui l'amène aujourd'hui consiste en des engelures dont le début remonte au commencement de l'hiver; elles occupent la face dorsale et un peu la face palmaire des mains ainsi que les pieds; elles intéressent aussi les oreilles où elles présentent un aspect typique.

Ces lésions sont plus particulièrement localisées à la face dorsale des mains et des doigts. Les unes sont des papules miliaires très peu saillantes, rouge vif et avec une teinte purpurique s'effaçant mal à la pression; leur saillie est très minime, mais on sent un peu d'infiltration. D'autres lésions ont la grandeur d'une lentille sans plus de saillie; elles sont franchement purpuriques avec le centre occupé par une vésicule plate d'où la piqûre fait suinter un liquide limpide. Au début de leur évolution, les lésions sont plus saillantes, plus infiltrées, mais la rougeur s'efface mieux à la pression. La quantité de liquide contenu dans les vésicules est minime.

À la racine de l'ongle du médius et de l'annulaire droits, engelures ordinaires mais purpuriques.

Ces lésions disparaissent très rapidement quand le temps devient doux, sans laisser de cicatrices, mais récidivent aux premiers froids.

Aux pieds, quelques rares lésions analogues à celles des mains.

OBSERVATION II. — Paul S..., âgé de 22 ans, tonnelier, se présente à nous en janvier 1891. Son père est bien portant; sa mère a succombé à une maladie de poitrine, elle était sujette aux engelures. Dans ses antécédents personnels on ne trouve rien à signaler qu'une affection oculaire en 1882.

(1) BAZIN. *Leçons sur les affections cutanées artificielles*, etc. Paris, 1862, p. 14.

(2) JON. HUTCHINSON. *On some rare diseases of the skin*. London, 1879, p. 362.

La maladie actuelle a débuté il y a 7 ans, et depuis lors elle fait son apparition tous les ans en automne, aux premiers froids, et dure jusqu'au printemps, atteignant simultanément les mains et les oreilles.

Le malade est un jeune homme maigre, imberbe, avec une figure en lame de couteau; sa dentition est médiocre, mais sans déformations caractéristiques.

Les oreilles sont œdématisées, chaudes, d'un rouge violacé, présentant çà et là quelques petites croûtes; on trouve quelques cicatrices à la partie supérieure du pavillon de l'oreille gauche.

Le malade est très sensible au froid et ses mains deviennent violacées sous l'influence du moindre abaissement de température. Leur face palmaire ne présente rien à signaler.

La face dorsale des doigts, des mains et des poignets est couverte, surtout à droite, d'une éruption abondante de papules rougeâtres ou violacées, du volume d'une tête d'épingle à une lentille, saillantes, assez dures; les moyennes sont surmontées d'une petite croûte, les plus grandes d'une vésicule plate de la grandeur d'un grain de chènevis et contenant un liquide clair ou plus ou moins trouble. Leur centre desséché forme souvent une croûte. Les papules sont surtout abondantes sur les mains et les poignets, elles respectent la dernière phalange des doigts. En quelques points comme dans les espaces interdigitaux, les lésions prennent l'aspect eczémateux.

L'éruption devient très prurigineuse sous l'influence de la chaleur.

Pendant tout le commencement de cet hiver, le malade avait travaillé dedans et n'avait pas souffert, mais l'éruption a paru quelques jours après qu'il eut, par un temps très rigoureux, passé une journée à décharger des merrains en plein air.

Dans notre première observation, la nature des lésions est affirmée par la coïncidence d'engelures typiques aux oreilles et sur la dernière phalange des doigts médus et annulaire, ainsi que par les rechutes à chaque recrudescence du froid.

Dans la seconde, la récurrence hivernale régulière depuis 7 ans, l'apparition de la poussée actuelle après une exposition à un froid très vif, les engelures des oreilles, enfin les sensations subjectives de démangeaisons sous l'influence de la chaleur permettent de rattacher l'éruption à l'action du froid et de la considérer comme très analogue aux engelures.

Les différences qui séparent l'engelure papuleuse de l'engelure ordinaire ne sont pas très profondes, car on y retrouve tous les caractères habituels, mais en petit. La couleur est la même; l'infiltration reste superficielle et en rapport avec l'étendue de la lésion; la papule peut être nue, ou bien surmontée d'une vésicule affaissée identique, aux dimensions près, à la phlyctène de l'engelure habituelle; la vésicule peut enfin être remplacée par une sorte de tache blanche qui simule une vésicule, par une pseudo-vésicule.

Ces différences sont exactement de même ordre que celles qui existent entre les différentes variétés d'érythème polymorphe ou d'érythème papuleux, et si l'on vient à faire des divisions dans le groupe peut-être un peu vaste de l'érythème polymorphe, ce ne sera certainement pas en se fondant sur le seul volume de la lésion primitive.

Si l'on voulait même pousser plus loin l'analogie, on pourrait mettre en parallèle, d'une part, l'érythème papuleux, l'érythème polymorphe, à gros nodules indurés et l'érythème noueux, d'autre part, les engelures papuleuses, les engelures ordinaires et l'érythème induré des scrofuleux qui ne diffère des engelures que par son siège limité généralement aux jambes, par le volume plus considérable des lésions et par leur plus longue durée.

L'érythème polymorphe peut encore devenir franchement bulleux et simuler le pemphigus. Il en est encore de même des engelures où, ce qui d'habitude n'est qu'une ébauche de phlyctène, qui ne frappe pas les regards et qu'il faut chercher, peut se développer au point de constituer une véritable bulle et de former la lésion principale.

L'observation suivante est un exemple de ces *engelures bulleuses*.

OBSERVATION III. — P..., âgé de 15 ans, élève architecte, est atteint depuis 7 ans de l'affection qui l'amène à la Policlinique. Ses parents sont vivants et bien portants ainsi que ses deux frères. Lui-même a toujours été bien portant, il n'a jamais eu d'adénite ni aucun symptôme ou accident scrofuleux du côté du nez, des yeux ou des oreilles. Cependant il a habituellement froid aux mains, qui sont un peu violacées et bouffies; l'épiderme de la face dorsale des doigts, au lieu d'être lisse, luisant et coupé par de nombreux plis de flexion, présente cet état très finement grenu qui est si fréquent dans la sclérodermie au début, et qui à la loupe revêt l'aspect d'une peau d'orange.

Depuis 7 ans P... est pris au commencement de chaque hiver d'une éruption de bulles isolées, disséminées sur les mains et sur les orteils et accompagnées de démangeaison et d'une sensation de cuisson exagérées par la chaleur. Ces bulles crèvent en laissant des ulcérations torpides qui ne sont douloureuses qu'au contact et qui ne guérissent qu'au printemps.

Main droite. — Au milieu de la face dorsale de la première phalange du cinquième doigt est une bulle d'un centimètre de diamètre, hémisphérique, tendue, contenant un liquide clair comme de l'eau, s'élevant brusquement sur la peau saine, sans auréole d'aucune espèce. La membrane épidermique soulevée paraît assez épaisse et conserve toutes les rugosités papillaires que nous avons signalées sur les doigts de notre malade.

Au point homologue du quatrième doigt est une bulle de la grandeur d'une petite lentille, saillante, hémisphérique, s'élevant sur la peau saine et de tout point semblable à la première, mais plus récente, puisqu'elle ne date que de quatre jours, tandis que l'apparition de la première remonte à une semaine.

Sur le bord radial de la première phalange de l'index on trouve une vésicule de 3 millimètres de diamètre, peu saillante, entourée d'une auréole rouge violacé, assez étroite mais diffuse, et qui siège sur une base largement oedématisée, saillante, mal limitée et douloureuse.

Sur la face dorsale de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce est une plaque violacée d'un centimètre de diamètre présentant l'aspect d'une engelure ordinaire avec un début de vésicule au centre.

Main gauche. — Sur le bord radial de la première phalange de l'index est une engelure ordinaire. Le bord radial de la première articulation interphalangienne du médius présente une vésicule du volume d'un grain de ché-

nevis avec une légère auréole diffuse d'un rouge violacé, sans base œdématisée, ni douleur.

La face dorsale de la première phalange de l'annulaire est le siège d'une engelure ulcérée typique dont le début remonte à quinze jours et qui aurait succédé à une bulle. On trouve une autre engelure sur la deuxième phalange de l'auriculaire, non ulcérée, mais surmontée d'une vésicule irrégulière et aplatie, enfin une vésicule miliaire sur la pulpe de l'annulaire.

Chez ce malade les lésions bulleuses des quatrième et cinquième doigts de la main droite ne présentaient à première vue aucune analogie avec des engelures, elles ressemblaient tout à fait à des bulles de pemphigus ou plutôt à des brûlures au second degré telles qu'elles seraient produites par une goutte de plomb fondu ; mais ailleurs (index droit), la bulle était surajoutée à une élévation large, molle, violacée ; ailleurs enfin on trouvait des engelures typiques, ulcérées ou non, surmontées ou non d'une vésicule rudimentaire. La gradation des lésions, la récurrence de l'éruption bulleuse tous les hivers, imposaient donc le diagnostic d'engelures bulleuses. Du reste, ce n'est que l'exagération d'un fait habituel, car les engelures au début sont très souvent surmontées d'une vésicule flasque et irrégulière, d'un simple décollement de l'épiderme. Il s'agit donc simplement d'engelures dans lesquelles la bulle devient la lésion prédominante ou même unique.

Ces engelures bulleuses sont très distinctes de celles qui ont été décrites par Rayer (1). « Celles-ci constituent un degré plus grave de cette maladie. Les bulles situées le plus souvent à la face palmaire des dernières phalanges des doigts, à la face plantaire des orteils ou à la partie postérieure du talon, sont aplaties et remplies d'une sérosité roussâtre sanguinolente. La peau sur laquelle elles se sont développées offre une teinte livide ou d'un rouge bleuâtre. Si la maladie est abandonnée à elle-même, l'épiderme se détache, laisse à nu des excoriations grisâtres, blafardes, sanguinolentes, irrégulières, très douloureuses, d'une étendue et d'une profondeur quelquefois considérables. » Les engelures bulleuses de Rayer sont donc une forme plus grave que l'engelure érythémateuse, quelque chose comme la brûlure au second degré comparée à la brûlure au premier degré. Chez notre malade, au contraire, les engelures bulleuses étaient une forme atténuée, elles étaient presque indolentes, guérissaient d'habitude facilement et ne s'ulcéraient que très rarement.

Ce sont, pour ainsi dire, des engelures très superficielles, où l'exsudation s'est faite dans l'épiderme au lieu de se faire dans le derme.

ÉLECTIONS

Ont été nommés au cours de la séance :

Membres titulaires : MM. les docteurs JAMIN, ancien interne des hôpitaux de Paris, et MOTY, médecin major de 1^{re} classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

(1) RAYER. *Traité des maladies de la peau*, 2^e édition. Paris, 1835, t. II, p. 496.

SÉANCE DU 9 JUILLET 1891

Présidence de M. Lailler.

SOMMAIRE. — A propos du procès-verbal : Éruption pustuleuse, ecthymatoïde des mains, des avant-bras et des bras, consécutive à l'accouchement d'une vache par M. BARTHÉLEMY. (Discussion : M. VIDAL.) — Excision des chancres syphilitiques, par M. JULLIEN. (Discussion : MM. HALLOPEAU, BARTHÉLEMY, RENAULT.) — Présentation d'un cas de mycosis fongoïde généralisé, par M. BROCC. (Discussion : MM. E. BESNIER, RENAULT, FEULARD, HARDY, VIDAL et BROCC.) — Présentation d'un cas de sarcome du voile du palais et du pharynx, par M. HALLOPEAU. (Discussion : MM. E. BESNIER, DU CASTEL, VIDAL.) — Présentation d'un cas de syphilomes multiples des os, intéressant plusieurs corps des vertèbres, par M. HALLOPEAU. (Discussion : M. BARTHÉLEMY.) — Présentation d'un malade atteint de dermatite papuleuse et érythémateuse de nature indéterminée, par M. HALLOPEAU. Présentation d'un cas de syphilide tuberculo-croûteuse excentrique, régulière, et de dimension géante, par M. E. BESNIER. — Traitement du rhinosclérome par M. E. BESNIER. — Recherches histologiques et bactériologiques sur le rhinosclérome, par M. JACQUET. (Discussion : M. NETTER.) — De l'emploi du sérum de chien dans le traitement du lupus par M. FEULARD. — Recherches sur la trichorexis nodosa, par M. P. RAYMOND. — Rhinosclérome durant depuis 18 ans. Lésions du nez, de la lèvre supérieure, du voile du palais et de ses piliers, de l'épiglotte et du larynx; accidents de suffocation; trachéotomie, par M. VIDAL. — Élection.

ÉRUPTION PUSTULEUSE, ECTHYMATOÏDE, DES MAINS, DES AVANT-BRAS ET DES BRAS, CONSÉCUTIVE A L'ACCOUCHEMENT D'UNE VACHE,

Par M. BARTHÉLEMY.

Le malade que j'ai présenté à la dernière séance, a rapidement guéri : l'éruption s'est comportée à la façon d'un feu de paille, soit spontanément, soit sous l'influence du salol à l'intérieur et du sublimé à l'extérieur, et de quelques bains. Toujours est-il que dans l'espace de 8 jours, les pustules intra-épidermiques, se sont séchées, les foyers dermiques et mêmes les sous-cutanés se sont taris et l'éruption a disparu sans laisser de traces.

M. le professeur Strauss a bien voulu m'informer que le collègue du jeune vétérinaire qui l'avait aidé à l'accouchement de la vache avait eu aussi sur les bras une éruption analogue.

M. Strauss avait prélevé un peu de pus contenu dans les pustules dès

le surlendemain de leur apparition. Il ajoute avoir été assez surpris de constater que ce pus ne contenait pas de microbes à l'examen microscopique, et que l'ensemencement de ce pus est demeuré stérile. Les microbes qu'il renfermait étaient-ils morts et disparus ? Ou est-ce un exemple de suppuration acnéiforme, sans microbes ? C'est ce que je ne me charge pas de décider.

M. Strauss termine en disant : « Le vétérinaire malade, lors de ma visite chez lui, m'a lu un passage d'un traité vétérinaire (St-Cyr, si je ne me trompe) où les lésions cutanées du bras sur ceux qui font l'accouchement chez la vache sont nettement signalées ».

M. VIDAL rappelle que des lésions analogues apparaissent parfois chez les égoutiers, et, d'autre part, que les dermatoses apparues sur les vétérinaires consécutivement à l'accouchement de la vache ont été décrites aussi par Sanson.

EXCISION DES CHANCRES SYPHILITIKES,

Par M. JULLIEN.

M Mauriac a rapporté dans la dernière séance le cas d'un malade que l'excision du chancre ne put préserver de l'infection. Un tel fait n'est malheureusement pas rare dans la pratique même des partisans de l'excision, mais leur conviction est maintenue par des observations favorables recueillies en des circonstances en apparence identiques. Permettez-moi de vous citer brièvement deux faits récents qui représentent deux types intéressants de l'un et de l'autre résultat.

La première a trait à un étudiant dont précédemment j'avais reconnu la maîtresse syphilitique ; le chancre était donc prévu, et il était entendu que je l'exciserais. Cependant je ne l'enlevai pas à temps. Dès le 22 décembre, démangeaisons dans le gland, petite tache rouge au niveau de la rainure. Le 27 les démangeaisons cessent, et vers le soir la tache devient papuleuse, à peine large comme une tête d'épingle. Le 28 et le 29 elle s'accentue encore, une petite croûte paraît, et le 30 je l'opère. Il n'y avait pas ombre d'adénite, 3 points de suture au catgut ferment la plaie primitivement, mais 15 jours plus tard, la cicatrice s'indure, et 55 jours après le début du chancre je constate une grosse papule cuivrée, puis une autre 7 jours après. Depuis lors ont paru des plaques muqueuses, des périostites. Le malade a-t-il dans une mesure quelconque bénéficié de mon opération ? Tout élément comparatif manque pour en décider, je ne me hasarderai pas à le dire, je n'en sais rien.

Dans ma deuxième observation, il s'agit d'un M. A... qui me fut adressé le 6 mars dernier par un de nos collègues. Dans la rainure à

gauche, petite ulcération comme une pastille d'un 1/2 cent. de diamètre, à bords nets, à fond couenneux, à base indurée, avec légère imprégnation ganglionnaire. Cela datait de 12 jours et avait été précédé de plusieurs coïts datant de 22 jours, 11 jours et 6 jours, les deux derniers avec la même femme. Je conclus sans grande hésitation à la nature syphilitique de l'ulcère ayant ainsi l'incubation classique de 3 semaines ; et j'opérai le lendemain, très largement puisque la plaie dut être fermée par 7 points de suture. Localement tout se passa bien. Au 55^e jour du chancre il me sembla remarquer 2 ou 3 rougeurs marbrées, mais mes soupçons de syphilide ne se confirmèrent point et je tiens de notre collègue auquel j'ai renvoyé mon opéré et qui l'a revu ces jours-ci, que M. A... reste toujours exempt d'accidents.

Que conclure de ces deux observations ?

Sur la première, nous sommes tous d'accord, le chancre était syphilitique, il l'a prouvé ; mais en ce qui concerne le second que ne peut-on pas dire ? Je sais parfaitement les objections qui peuvent être faites et qui sont sur vos lèvres : caractères indécis de l'ulcère, adénite douteuse, extirpation tardive, défaut de confirmation ultérieure, durée trop courte de l'observation. C'est ce que l'on a toujours reproché à l'interprétation des cas heureux. On oublie trop : 1^o que si nous nous trouvions en présence d'un chancre parfaitement confirmé avec ganglions décisifs, de ces chancres qu'aucun praticien n'hésiterait à qualifier, nous nous abstenendrions ; 2^o que lorsque nous sommes assez heureux pour juguler l'infection nous nous enlevons par cela même tout critérium de démonstration. On nous objecte les cas de chancre non suivis de secondaires, les incubations secondaires indéfiniment prolongées, et finalement on nous renvoie aux tertiaires.

Telles sont les considérations que me suggèrent le fait de M. Mauriac et ceux que je viens de vous communiquer. Je n'ai pas la prétention d'ailleurs de vous avoir présenté un de ces cas heureux qui forcent la conviction, d'autant plus que si je crois aux succès incontestables, je ne sache pas qu'il y en ait d'incontestés.

M. HALLOPEAU. — Le deuxième malade dont vient de parler M. Jullien lui a été envoyé par moi. J'ai pu l'examiner à deux reprises différentes et je dois dire que je reste très indécis au point de vue du diagnostic et que l'absence d'adénopathie après 12 jours de chancre, le résultat même de l'excision après une durée aussi longue de présence du prétendu chancre, tout me fait douter du diagnostic de chancre induré.

M. BARTHÉLEMY. — J'ai eu l'occasion de dire dans une des précédentes séances les raisons qui font que l'excision du chancre est, à mon sens, une opération insuffisante pour extirper la syphilis. Je ne pense pas non plus qu'on puisse même atténuer l'infection en n'enlevant que le chancre

et en laissant sans y toucher les lymphatiques et les ganglions. Il n'y a pas, en effet, de moyen, actuellement connu, pour mesurer à l'avance la gravité d'une syphilis. On sait qu'il y a naturellement des syphilis fortes comme des moyennes ou des faibles. Comment donc prouver qu'on a par l'incision simple atténué une syphilis ?

Si les statistiques des partisans de l'excision sont favorables, il faut penser, je crois, qu'ils ont enlevé une lésion autre qu'un chancre syphilitique ou bien qu'ils ont eu affaire à un de ces cas, dont l'existence est aujourd'hui bien démontrée, de syphilis fruste, c'est-à-dire où le chancre syphilitique est suivi à peine de quelques petites syphilides érosives qu'il faut bien rechercher pour les trouver, ou même d'aucune espèce d'accidents secondaires bien que la lésion initiale ait présenté tous les caractères du chancre syphilitique et que le malade ait été suivi plusieurs années ensuite, comme dans les cas de Leloir, d'Aubert, de Dubois Havenith, de moi-même et d'autres.

M. A. RENAULT. — Je viens me joindre à M. Barthélemy pour protester contre l'efficacité qu'on attribue à l'excision du chancre induré.

On vient de rappeler qu'il y a des cas où le chancre induré n'a pas été suivi d'accidents secondaires. Je puis citer le fait suivant :

Un malade, médecin, s'examinant par conséquent avec un soin et une attention particulière, vint me présenter une lésion dont la nature ne pouvait laisser le moindre doute. Adénopathie inguinale, longueur d'incubation 40 jours. Il n'y eut jamais d'accidents secondaires et ce n'est que de longues années plus tard qu'apparut une gomme du voile du palais.

CAS DE MYCOSIS FONGOIDE GÉNÉRALISÉ,

Par MM. Brocq et Matron

Un homme âgé de 55 ans a pu être observé en avril, mai et juin de cette année. Il est atteint depuis près de deux ans d'une affection qui a débuté par une tache rouge sur la face dorsale de la main droite, puis qui s'est étendue peu à peu, et qui est arrivée à couvrir presque tout le corps. Les lésions se présentent sous la forme de taches arrondies ou ovalaires, polycycliques par confluence, de grandeurs variables, ayant tantôt la grandeur d'une pièce d'argent, tantôt figurant de vastes nappes : elles sont nombreuses sur la face, sur le thorax, absolument confluentes à la région lombaire et sur la totalité des membres où elles se superposent pour ainsi dire les unes aux autres. Elles débutent par de petites papules isolées puis confluentes, ou par des taches rouges qui se foncent de plus en plus à mesure qu'elles progressent : elles peuvent

simuler de l'érythème desquamatif, de l'eczéma sec ou suintant, et évoluer en cet état ; parfois elles s'infiltrèrent surtout à leur centre, et simulèrent de véritables tumeurs aplaties, des sortes de macarons enchâssés dans le derme. Tantôt alors elles s'exulcèrent, puis disparaissent plus ou moins complètement en se cicatrisant ; tantôt, sans s'ulcérer, elles s'affaissent peu à peu spontanément par un véritable mécanisme de résorption.

La peau offre après leur disparition, d'abord une teinte jaunâtre ou rosée grâce à de nombreuses arborisations vasculaires, puis des sortes de stries blanchâtres parsemées parfois de petits points jaunâtres ressemblant assez à des tubercules miliaires de lupus, enfin une sorte d'état blanc nacré des téguments qui paraissent comme amincis, atrophiques, cicatriciels, recouverts d'un épiderme transparent en pelure d'oignon. Toutes ces lésions sont extrêmement mobiles ; elles évoluent avec une assez grande rapidité, parcourant leur cycle en quelques semaines et même en quelques jours ; elles peuvent se reproduire à plusieurs reprises sur les points qui ont déjà été atteints : elles ont une tendance marquée à se compliquer d'éléments purpuriques, et à saigner abondamment quand elles s'exulcèrent. Sur les membres il n'y a qu'une infiltration assez modérée, mais par contre une rougeur vive, diffuse, eczémateuse en quelques points, infiltrée et excoriée en d'autres, sèche sur presque toute son étendue et recouverte d'une abondante desquamation lamelleuse, nacrée, assez semblable à celle des dermatites exfoliatives.

Les mains et les pieds sont très atteints : ils ont été le siège de fort nombreuses lésions, aussi les téguments y présentent-ils à leur summum l'aspect lisse atrophique et aminci que nous venons de signaler. Les ongles des pouces sont tombés et ils ont repoussé. La langue offre à sa face dorsale des plaques dépapillées. Il n'y a jamais eu de démangeaisons. Il n'y a pas de leucocytose.

Le traitement a consisté en injections sous-cutanées d'arsenic que le malade a fort bien tolérées, en application sur les parties infiltrées de pommade à l'acide pyrogallique qui les ulcérât immédiatement, puis en pansements de ces ulcérations avec du liniment oléo-calcaire aristolé.

Je crois pouvoir ranger cette affection dans le mycosis fongoïde, tout en reconnaissant qu'elle se rapproche à certains égards de ce que l'on a décrit sous le nom de lymphodermie pernicieuse ; je me fonde surtout pour cela sur la configuration spéciale des plaques éruptives, sur leur mobilité, sur leur infiltration qui simule en certains points de véritables tumeurs aplaties.

M. E. BESNIER. — Ce malade est bien un cas de mycosis fongoïde et je ne puis que partager l'opinion de M. Brocq. Mais il faut en retenir ce fait que cette maladie est multiforme dans ses aspects. Au lieu d'évoluer rapidement ainsi que cela est la règle, combien lente a été la marche dans le cas particulier. J'en ai cité un fait qui a évolué en 20 ans. Pendant

8 à 10 ans j'ai donné mes soins à ce malade et ce n'est qu'au bout de cette période prolongée que j'ai vu apparaître les saillies circulaires avec bourrelet périphérique telles que nous venons de les voir chez le malade qui vient de nous être présenté. Au point de vue thérapeutique je n'ai rien à dire à ce qu'a fait M. Brocq ; cependant il est un agent puissant qui dans ces faits du moins peut donner de bons résultats ; je veux parler du naphtol camphré, tant en usage externe, qu'en usage interne. Appelé à voir un cas de sarcome occupant presque tout le membre supérieur, et pour lequel après une série d'amputations partielles, il ne restait d'autre ressource que la désarticulation de l'épaule, je conseillai des applications externes de naphtol camphré. Or la plus grande partie de la tumeur s'est, grâce à cet agent, rapidement momifiée et détachée sous formes d'eschare sèche ; quoiqu'il reste encore un bourrelet périphérique indiquant que la guérison n'est pas complète, il y a cependant une amélioration très remarquable due certainement à l'action du naphtol.

Je n'ai employé à l'intérieur le naphtol camphré, que dans un seul cas, celui de farcin aigu dont j'ai publié l'observation. Mais il existait une lésion rénale qui s'aggrava sous l'influence du naphtol et on ne peut juger de son action sur ce mauvais cas chez lequel cependant l'application directe sembla donner des résultats assez satisfaisants pour qu'on put croire à une guérison possible.

M. BROCC. — Si je n'ai pas employé le naphtol camphré chez mon malade, c'est qu'il ne me paraît pas parvenu à la période où cet agent semble plus particulièrement indiqué, à la période des tumeurs. De plus, avec une pommade à l'acide pyrogallique, au 20^e, j'ai pu obtenir des effets très intenses. La tumeur s'ulcérât avec la plus grande violence, et se résorbait ensuite avec la plus grande facilité. Le liniment oléocalcaire aristolé avec lequel on pensait l'ulcération, déterminait une cicatrisation merveilleusement rapide. En présence des résultats obtenus, je n'ai pas essayé le naphtol camphré, mais je me propose de le faire, dès que je verrai une tumeur se former.

A propos de ce malade, j'ajouterai que M. Mireur me dit avoir observé dans son service à Marseille, un fait analogue et chez lequel il y avait simultanément les deux périodes du mycosis.

M. A. RENAULT. — Je demanderai à M. Besnier, à quelle dose on peut employer le naphtol camphré et sous quelle forme.

M. BESNIER. — On peut l'employer de 4 manières différentes. Soit à l'intérieur, en capsules de 1 goutte chacune, et aller jusqu'à 4 ou 5 capsules par jour, c'est-à-dire 4 ou 5 gouttes, en commençant par 1, en augmentant progressivement suivant la tolérance du malade et l'effet obtenu, soit en applications externes, directement en nature ou en pom-

made avec vaseline au 5^e, au 10^e, au 15^e, au 20^e. En injections sous-cutanées pour faciliter l'absorption générale ; enfin en injections dans l'épaisseur même de la tumeur pour en déterminer la destruction.

M. FEULARD. — Il existe des cas où les tumeurs se produisent d'emblée, sans autres phénomènes. Le musée possède les moulages nombreux d'un malade, exemple typique de cette forme.

M. BROCCQ. — Je connais d'autant mieux la forme dont nous parle M. Feulard, que mon maître M. Vidal et moi nous avons été les premiers dans notre mémoire de 1885 à établir l'existence de ces faits où les tumeurs apparaissent d'emblée sans période prémonitoire.

M. HARDY. — Je relèverai dans le fait de M. Brocq, l'existence de déformations des doigts, donnant à la main la forme en griffe très caractérisée. Je penserais donc qu'il y aurait à songer ici à la coexistence avec les altérations de la peau de phénomènes nerveux. Les doigts sont atrophiés et rappellent l'aspect de la sclérodermie.

M. BROCCQ. — Les causes de ces déformations des doigts sont multiples chez mon malade. Ainsi un doigt a été le siège d'une lésion traumatique ancienne. De plus, comme j'ai observé pendant longtemps les phénomènes qu'il présentait, j'ai pu constater que la rétraction s'est faite successivement, par une véritable cicatrisation des lésions cutanées. De plus, la production de la griffe est passagère, et elle est en rapport avec la gravité des lésions de la peau qui ont existé antérieurement.

M. VIDAL. — A-t-on fait des recherches bactériologiques à propos de ce malade. Il y aurait à rechercher dans les poils de la barbe qui m'ont semblé altérés s'il n'y aurait pas quelques parasites du genre de ceux que nous avons trouvé avec Marfan dans un cas analogue.

M. BROCCQ. — Ces recherches ont été commencées mais jusqu'à ce jour sont restées négatives. Les recherches histologiques de même se poursuivent actuellement, mais le temps que demandent ces études pour être précises explique que nous n'en puissions actuellement donner les résultats.

SUR UN CAS DE SARCOMÈ DU VOILE DU PALAIS ET DU PHARYNX,

Par H. HALLOPEAU

M. B., que j'ai l'honneur de vous présenter, est atteint d'une forme extrêmement rare de tumeur de l'isthme du gosier et du pharynx ; le diagnostic a été longtemps incertain et les hypothèses les plus diverses

ont été formulées ; il a fallu des examens histologiques que nous devons à M. Cornil et à M. Jeanselme et des recherches bactériologiques pratiquées par ce dernier pour arriver à se faire une idée de la nature de la maladie, encore cette notion est-elle bien incomplète.

Nous exposerons successivement l'histoire de M. B. d'après les notes qu'il nous communique, l'état dans lequel il fut présenté il y a deux mois et demi dans notre service, les modifications qui se sont produites depuis cette époque, les différents diagnostics qui ont été formulés et enfin les résultats des biopsies.

Henri B... est né le 2 mai 1861, à Bougie (Algérie), aucun de ses parents n'a été atteint d'affection comparable à celle dont il est atteint. Son père, âgé de 63 ans se porte bien, il a seulement une affection cutanée ancienne de l'un des avant-bras. Sa mère est morte d'une pneumonie à 56 ans ; elle était auparavant, en bon état de santé, trois frères et une sœur sont vigoureux et bien constitués.

A l'âge de 2 ou 3 ans, il a eu des éruptions de boutons rouges et pustuleux sur le visage et sur le corps.

Il a été atteint en 1871, d'une fièvre très violente.

Depuis, il a eu souvent des maux d'oreilles, des furoncles aux poignets, sur la nuque et au cou. Au mois d'août 1883, il a été malade d'une angine couenneuse. En 1881, il a contracté un écoulement blennorrhagique, dont, après un mois de traitement, il a été radicalement guéri. C'est la seule maladie vénérienne qu'il ait eue jusqu'à ce jour.

En 1887, à Bône, une amygdalite à gauche avec tuméfaction énorme de la glande, nécessite une incision. Quelques jours après, l'amygdale reprenait son état normal : l'autre glande ne fut pas atteinte.

En 1888, il s'est produit un gros furoncle sur le cou, un peu à droite du cartilage thyroïde.

En 1889, survint un érysipèle phlegmoneux qui débuta par la fosse nasale et la narine droite et envahit toute la face, il s'accompagnait d'un larmolement continu.

Le malade a été en rapport depuis 4 ans avec un cheval atteint de farcin chronique. Il y a 5 mois, une épidémie de morve s'est déclarée dans une ferme voisine. B... pense que la maladie dont il est actuellement atteint a eu pour première manifestation, une irritation assez désagréable et même douloureuse, qu'il éprouvait quand il crachait ou lorsqu'il fumait. Vers le mois de janvier 1890, il remarqua sur l'amygdale droite une petite tumeur rouge, allongée, arrondie légèrement courbée.

Un mois après, cette tumeur s'arrondit en s'épaississant, et se développe au point que le malade ne peut ni manger, ni boire. Au commencement d'avril, elle s'est transformée complètement.

Elle s'est allongée et arrondie, très grosse à la partie supérieure, elle s'amincit inférieurement. Elle a un aspect rugueux. A ce moment elle s'ulcère et se recouvre d'un enduit blanchâtre au niveau de la surface

ulcérée, l'haleine est fétide, la déglutition devient difficile, les liquides donnent des sensations de brûlure sur les parties ulcérées.

Le Dr Perruchet, médecin à Bougie, est d'avis que l'ablation de la tumeur est nécessaire, et conseille d'aller à Alger. Dans cette ville, le Dr T. pense d'abord à des manifestations syphilitiques, mais il abandonne bientôt ce diagnostic pour se rattacher, d'après l'affirmation du malade à celui d'amygdalite ulcéro-membraneuse.

Pendant 3 semaines, tous les jours, il touchait les parties ulcérées avec une solution de chlorure de zinc.

Il conseille ensuite des gargarisations fréquentes avec une solution boriquée ; matin et soir des pulvérisations avec la même solution, et des attouchements avec un pinceau imprégné d'un collutoire boraté. A l'intérieur il prescrit de l'iodure de potassium.

Le traitement par le chlorure de zinc a eu pour résultat de modifier notablement l'aspect de la tumeur. Sous l'action caustique du médicament, elle prenait chaque jour une apparence nouvelle, se creusait, se divisait, se grossissait dans le bas et s'amincissait dans le haut. Au bout de 3 semaines de traitement, la tumeur avait diminué de moitié. Elle était rose, unie, et ne présentait plus les aspérités qu'elle avait au début.

De retour à Bougie, le malade continue les attouchements avec la solution au chlorure de zinc, mais deux fois par semaine seulement, et, il cesse les gargarismes ainsi que l'iodure de potassium.

La veille de son départ à Bougie, il avait consulté le Dr V. qui avait considéré l'ablation de la tumeur comme nécessaire, bien que d'après lui il s'agît d'une manifestation syphilitique.

Quinze jours après l'arrivée à Bougie, la tumeur s'allonge inférieurement, une seconde tumeur se développe sur la paroi postérieure du pharynx, qui dans le courant d'octobre, se soude à la première.

A ce moment, le Dr D... fait pratiquer des attouchements tous les deux jours avec une solution d'acide chromique. Ce traitement ne fait que modifier les formes des tumeurs qui prennent un nouvel aspect.

Vers le milieu du mois de février 1891, B... éprouve des douleurs vives derrière la luette ; le Dr V. constate alors l'existence d'ulcères derrière le voile du palais. La luette est enflammée.

A partir de ce moment, B... s'aperçoit que la respiration par le nez devient difficile, il a pendant quelques jours, sans coryza, les fosses nasales complètement bouchées. Très souvent dans la journée, il expulse par le nez, avec de grandes difficultés des mucosités blanches, transparentes, souvent parsemées de matières jaunâtres.

Le Dr V. conseille la médication suivante :

Attouchements avec du bichlorure de mercure, et des gargarismes avec des eaux sulfureuses. Le bichlorure au 100° a pour résultat de faire disparaître les ulcérations sous la luette, les douleurs sont calmées.

Après avoir suivi ce traitement pendant huit jours, B... se décide à retourner à Alger, l'aspect de sa gorge s'est encore modifié.

L'amygdale droite s'est enflammée et forme un bourrelet qui part de la luette et s'arrête sur la glande, elle a absolument le même aspect que celle qui existe actuellement à gauche.

Le Dr V. après avoir anesthésié les parties malades enfonce le doigt dans l'arrière-gorge et constata que de petites tumeurs obstruent l'orifice postérieur des fosses nasales, il prescrit un traitement par la liqueur de Fowler à doses progressives ; le malade est arrivé à en prendre jusqu'à 42 gouttes par jour.

Le traitement arsenical paraît avoir donné d'excellents résultats ; après vingt jours les fosses nasales étaient complètement dégagées, et la tumeur qui s'était formée sur le voile du palais et qui avait absolument l'apparence de celle qui existe actuellement à gauche avait disparu.

Les diagnostics suivants ont été successivement formulés en Algérie : *syphilis*, *lupus*, *herpès*, *amygdalite ulcéro-membraneuse*, *tumeur fibreuse bénigne*, *lymphadénome*, *maladie inconnue*.

A la fin d'avril, B... vient à Paris et, sur le conseil de M. Besnier entre au pavillon Gabrielle.

C'est un homme de petite taille, bien constitué, son état général est satisfaisant.

L'examen des parties malades nous donne les résultats suivants :

L'amygdale droite est tuméfiée et en partie détruite ; sa face interne est le siège d'une ulcération qui lui donne la forme d'un croissant à concavité dirigée en dedans.

L'amygdale gauche présente une altération analogue, mais l'ulcération de la partie interne est moins étendue, elle a la forme d'un demi-cercle à rayon moindre, que le croissant de l'autre amygdale.

Ce demi-cercle est formé supérieurement par le haut de l'amygdale ou plutôt de la néoplasie qui s'est substituée à cette glande, cette néoplasie s'étend jusqu'à la luette qui en recouvre la partie supérieure, celle-ci se continue avec une tumeur insérée sur la partie médiane du bord postérieur du voile du palais. Cette tumeur forme ainsi comme une arrière-luette, et rejoint latéralement les tumeurs amygdaliennes.

La surface des ulcérations est de même coloration que la muqueuse de l'isthme, elle est complètement lisse.

En avant, le bord de l'ulcération de l'amygdale gauche est un peu aplati.

La paroi postérieure du pharynx est également le siège de tumeurs dans toute la partie visible entre la luette et les ulcérations amygdaliennes.

Les masses ulcérées qui représentent les amygdales offrent une consistance très ferme. Il semble que des néoplasies se soient substituées au tissu de ces glandes.

Ces tumeurs pharyngées ne sont pas ulcérées. Elles proéminent surtout sur la partie droite de la paroi en se prolongeant inférieurement jusqu'au niveau de l'épiglotte. Elles sont lobulées et présentent en bas

un relief considérable; leur consistance est aussi ferme que celle des tumeurs amygdaliennes, à droite les ganglions sous-maxillaire sont tuméfiés.

L'examen des fosses nasales et de l'arrière-gorge, pratiqué par M. Cartaz, donne les résultats suivants :

« Les fosses nasales ne présentent aucune lésion dans leur partie antérieure. L'examen rhinoscopique montre une déviation légère de la cloison, une muqueuse peut-être un peu plus rouge que la normale, mais sans hypertrophie, ni ulcération.

La rhinoscopie postérieure assez difficile à pratiquer en raison de l'état du voile, montre sur la partie postérieure du voile, au-dessus de la luette, une tumeur allongée, d'aspect gris rosé, ferme, refoulant la luette en avant avec laquelle elle fait corps; à gauche et au voisinage de l'orifice de la fosse nasale gauche, saillie formée par une tuméfaction analogue mais n'obstruant pas l'orifice.

Le cornet inférieur, à sa partie postérieure de ce côté, semble plus volumineux, mais ne présente pas d'ulcération.

Rien au larynx. »

Nous n'avons pu au début établir de diagnostic : les tumeurs pharyngées étaient à ce moment beaucoup moins volumineuses qu'elles ne le sont aujourd'hui : les lésions dominantes étaient les excavations en forme de croissant des tumeurs amygdaliennes et leur remarquable induration. Nous pensions surtout à des néoplasies infectieuses sans pouvoir en déterminer la nature, l'induration et l'absence de nodules nous faisait éliminer la tuberculose; les caractères des ulcérations et l'existence d'adénopathies nous faisaient considérer comme bien peu vraisemblable l'existence d'une syphilis. Nous avons néanmoins, pour en avoir le cœur net, institué un traitement spécifique énergique : le malade s'est fait chaque jour une friction avec un gramme d'onguent napolitain en même temps qu'il ingérait six grammes d'iodure de potassium et qu'il badigeonnait fréquemment les parties malades avec une solution de sublimé à 1/5000. Le traitement mercuriel a dû être suspendu à cause de la salivation, mais le traitement ioduré a été continué jusqu'au 25 juin. Les tumeurs pharyngées ayant alors, loin de rétrocéder, notablement augmenté de volume, ainsi que le volume du ganglion sous-maxillaire, nous avons définitivement renoncé à cette médication et prescrit l'arsenic, d'abord sous la forme et la solution à 1/300 d'arséniate de soude à la dose de 3 cuillères à soupe par jour puis sous celle de liqueur de Fowler, à doses progressives.

Cependant de nouvelles hypothèses avaient été formulées. En raison des rapports prolongés du malade avec des chevaux atteints de morve, nous nous sommes demandé s'il ne s'agit pas d'une forme anormale de cette maladie bien que les ulcérations eussent des caractères très différents de ceux que nous leur avons reconnus dans le fait que nous avons

traité récemment avec M. Jeanselme et qu'elles présentaient également dans le cas de M. Besnier. Les résultats négatifs des inoculations pratiquées par M. Jeanselme dans le but de vérifier cette hypothèse sont venus bientôt démontrer qu'elle était fausse.

M. Besnier était frappé de la ressemblance qu'offrait l'isthme du gosier de M. B. avec celui des malades atteints de rhinosclérome et particulièrement de l'induration si remarquable des parties malades et de la netteté de leurs contours ; des recherches ont été faites dans cette direction par M. Jeanselme.

Le 14 mai 1891, plusieurs fragments de la tumeur sont réséqués au bistouri, par M. le D^r Cartaz. Ils sont ensuite lavés dans de l'eau stérilisée.

L'un de ces fragments est inséré sous la peau du flanc d'un cobaye à travers une boutonnière cutanée dont les bords sont rapprochés par un point de suture. Trois jours après, ce fragment est éliminé par la suppuration ; les ganglions correspondants ne se sont pas tuméfiés, et la plaie s'est promptement cicatrisée.

Un second fragment est broyé dans 1 centim. cube de bouillon et injecté dans le péritoine d'un deuxième cobaye : cet animal n'a présenté aucun symptôme morbide.

Un troisième fragment, du volume d'un pois, est introduit sous la peau d'un lapin et maintenue dans le tissu cellulaire à l'aide d'un point de suture. Les jours suivants, on constate une coloration rosée au point inoculé, le fragment et la zone inflammatoire qui l'entoure, forment un nodule de la grosseur d'une cerise. Le fragment n'a pas été éliminé, mais il s'est résorbé peu à peu, et actuellement il n'en reste plus aucune trace.

Des tubes de gélose et de bouillon inoculés avec du suc puisé au centre d'un fragment sont tous demeurés stériles. Au contraire, les tubes ensemencés avec du liquide pris à la surface d'un fragment tapissé par la muqueuse buccale, ont montré des colonies nombreuses et d'espèces variées : la plupart appartenaient au staphylocoque doré.

L'examen des lamelles donne le même résultat. Celles qui ont été préparées avec du liquide exprimé du centre d'un fragment paraissent ne contenir aucun micro-organisme quand on les traite par les méthodes de Loeffler, de Gram ou d'Ehrlich.

En résumé, ces recherches tendent à démontrer que la tumeur, du moins dans les points où elle était protégée par la muqueuse restée intacte, ne contenait aucune bactérie.

D'autre part les examens histologiques pratiqués par M. Jeanselme et Veiller ont montré que le néoplasme ne contenait pas de grandes cellules à contenu hyalin. Ce caractère négatif rapproché de l'absence de microbes encapsulés ainsi que de l'insuccès des cultures et des inoculations permettent d'affirmer qu'il ne s'agit pas d'un rhinosclérome ; l'hypothèse d'une tuberculose se trouve éliminée du même coup ; il n'y avait pas à

penser à la lèpre. Nous considérons comme peu vraisemblable l'existence d'une tumeur en raison de la dissémination des lésions et surtout de leur localisation successive dans les deux amygdales ; cependant les excroissances pharyngées augmentaient irrégulièrement de volume ; le traitement médical restant sans action, on pouvait penser à une intervention chirurgicale. Notre collègue M. Berger, que nous avons prié d'examiner le malade, s'est prononcé en faveur de tumeurs multiples, probablement d'épithéliomes. Son diagnostic a été en partie confirmé par les résultats des biopsies pratiquées d'abord dans notre service par M. Jeanselme, puis à Lariboisière par M. Berger lui-même. Les examens histologiques pratiqués simultanément d'un côté par M. Cornil, de l'autre par M. Jeanselme et Veiller ont permis de conclure à l'existence d'un sarcome. M. Cornil a fait connaître par la lettre suivante le résultat de ses observations.

Le 19 juin 1891.

Mon cher Berger,

La pièce que vous m'avez envoyée est un sarcome à petites cellules. Elle est assez difficile à déterminer parce que son tissu ressemble beaucoup à un tissu réticulé lymphatique.

La partie que j'ai reçue présente deux points différents ; l'un a l'aspect d'une membrane repliée, l'autre d'une petite masse bien circonscrite de 1 1/2 centimètre de longueur sur 1 de large, ovoïde, grise et homogène sur une coupe examinée à l'œil nu.

La membrane repliée, vue sur des coupes à 80 diamètres, offre un revêtement d'épithélium pavimenteux stratifié, des papilles et des vaisseaux très volumineux, dilatés, gorgés de sang. Ces vaisseaux sont dilatés comme dans certains angiomes. Cependant, ce n'est pas cette muqueuse qui est malade, et les vaisseaux ne sont hypertrophiés que consécutivement à la tumeur adjacente.

La muqueuse possède des glandes acineuses volumineuses. C'est donc soit la muqueuse buccale, soit la pharyngienne, soit la partie de la muqueuse du larynx pourvue de papilles. Je n'insiste pas, puisque vous connaissez le siège.

La tumeur examinée sur des coupes montre un tissu formé de très fines fibrilles de tissu conjonctif, soit disposées en long, parallèles, soit entre-croisées et anastomosées comme dans le tissu réticulé. Entre ces fibrilles, il existe une quantité de petites cellules à noyaux ronds ou ovoïdes. Avec un grossissement de 100 diamètres, on ne voit que les cellules tellement elles sont nombreuses. A 200 diamètres, on voit bien les fibrilles fines qui les séparent,

Avec ce grossissement, il serait difficile de se prononcer sur la question de savoir si on a affaire à un sarcome à petites cellules ou à un lymphadénome. Mais avec une lentille à immersion homogène (apochro-

matiq. Reichert 1/12), on voit que les noyaux de ces petites cellules sont presque tous ovoïdes et qu'ils n'ont pas les diverses formes de noyaux bourgeonnants, multiples, morcelés qu'on observe dans les cellules lymphatiques.

Dans ces noyaux, on voit une quantité considérable de figures de karyokinèse par deux : plaques équatoriales, figures bipolaires, etc., toute la série de la division indirecte des noyaux.

On doit en conclure que la petite tumeur était en voie d'accroissement actif, bien qu'elle fut très limitée et entourée de tissu fibreux dense.

CORNIL.

Dans ces derniers temps, l'évolution des lésions est venue confirmer le diagnostic anatomo-pathologique. Le 25 juin nous notons que les tumeurs du pharynx ont notablement augmenté de volume, leur surface est bourgeonnante, rouge et ulcérée, d'autres saillies, rappelant par leur aspect la tumeur du mycosis, non ulcérées soulèvent la paroi postérieure du pharynx et descendent jusqu'à sa partie le plus déclive ; le malade a de la dysphagie et ne peut avaler de grosses bouchées.

Les ganglions situés sous l'angle droit du maxillaire inférieur se sont notablement tuméfiés, ils sont en même temps indurés et sensibles au toucher.

A gauche, il existe également des adénopathies, mais elles sont moins prononcées.

Le 4 juillet, l'aspect des parties malades s'est modifié, à gauche l'amygdale dégénérée est toujours excavée en dedans de manière à former un croissant dont le rebord mesure environ 5 millim. de diamètre. En bas, cette excroissance se continue avec une néoplasie, qui s'étend verticalement entre les 2 piliers sur une hauteur de 1 centim. 1/2 sur 8 millim. d'avant en arrière.

L'extrémité supérieure du croissant se continue avec le bas du bourgeon qui représente la luette. A droite, le croissant s'est modifié, ses 2 cornes ont disparu ; il reste une néoplasie mesurant 1 cent. de diamètre environ et ulcérée dans sa partie centrale. Elle repose sur le pilier antérieur et se continue en bas et en arrière avec une masse volumineuse qui remplit la fosse amygdalienne, où elle fait corps avec la paroi postérieure du pharynx ; elle occupe toute la moitié droite. Plus bas, elle se continue jusqu'au niveau de l'extrémité supérieure de l'œsophage avec une masse semblable qui soulève la partie postérieure du pharynx dans sa moitié droite en formant une saillie qui varie de 5 millim. à 1 c. 1/2.

Toute cette surface est bosselée, inégale, ulcérée dans la plus grande partie de son étendue.

Des ganglions situés derrière l'angle de la mâchoire sont toujours le siège d'une tuméfaction considérable, la déglutition est gênée pour les aliments volumineux ; quelquefois les liquides refluent par le nez.

Le malade est contraint depuis le début de sa maladie à de fréquentes expultions ; elles sont parfois teintées de sang, elles continuent à se produire.

Nos collègues, MM. Championnière, Berger et Périer consultés sur l'opportunité d'une intervention chirurgicale se sont prononcés pour la négative.

Si nous résumons les faits qu'enseigne l'histoire de ce malade nous arrivons à formuler les propositions suivantes : 1° contrairement à la règle, des tumeurs sarcomateuses peuvent se développer successivement et symétriquement dans les deux amygdales, en même temps que sur les piliers du voile du palais et la paroi postérieure du pharynx.

2° Elles peuvent, lorsqu'elles occupent les amygdales, s'ulcérer en forme de croissant à concavité interne et simuler alors par leur configuration en même temps que par leur grande dureté une localisation gutturale d'un rhinosclérome.

3° Le diagnostic différentiel ne peut être établi, pendant longtemps, que pour les résultats négatifs des recherches bactériologiques et par l'examen histologique.

4° C'est de même la biopsie qui permet ultérieurement de différencier le néoplasme d'un épithéliome.

5° On ignore quelle est la cause prochaine de ces tumeurs. On n'a trouvé dans leur tissu ni coccidies, ni psorospermie.

M. E. BESNIER. — Ce malade que j'ai pu examiner il y a déjà quelque temps a été étudié par nombre de confrères les plus distingués et l'embarras a pour tous et pour moi-même, été grand lorsqu'il s'est agi de formuler une opinion. Je l'ai montré à tout ce que Paris contient de laryngologistes. Aucun d'eux n'a pu me dire ce que c'était. Dans la série de diagnostics que j'ai supposée je n'avais pas mis le sarcome et actuellement après la communication de M. Hallopeau, nous serons autorisés à mettre cette affection dans la liste des hypothèses diagnostiques et nous saurons qu'elle peut se trouver chez un homme jeune et bien portant ; j'en ai pas non plus pensé à un rhinosclérome ; l'étude histologique et bactériologique du rhinosclérome est trop connue maintenant pour que nous ayons pu longtemps garder cette hypothèse.

Comme thérapeutique l'embarras n'est pas moins grand ; au point de vue chirurgical, la tumeur est presque inaccessible.

M. VIDAL. — Chez ce malade la tumeur du côté droit au-dessus des piliers, présente des bords indurés, renversés et prend l'aspect d'une tumeur épithéliomateuse. On peut se demander si le sarcome, tout au moins dans ces points n'est pas en voie de transformation épithéliale. L'induration douloureuse d'un ganglion profond du côté droit viendrait affirmer cette opinion.

A l'appui de cette transformation je puis montrer les pièces suivantes

du Musée de Saint-Louis. Un sarcome de la rainure du gland et du prépuce qui, quatre ans plus tard, a pris l'aspect d'un épithélioma tel qu'on peut le voir sur ces deux moulages successifs. L'ablation de la verge et l'examen histologique ont démontré l'exactitude de cette transformation.

M. HALLOPEAU. — Les fragments enlevés pour les divers examens qui ont été faits, ont modifié l'aspect de la tumeur et déterminé l'apparence qu'à relevée M. Vidal.

M. DU CASTEL. — Malgré toute l'autorité des histologistes et toute la confiance que j'ai en eux et dont ils sont dignes, je ne puis être convaincu par leur affirmation. Rien n'est difficile à reconnaître, même sous le champ du microscope, comme le sarcome du lymphadénome, et cette dernière hypothèse, qu'ils repoussent, pourrait peut-être être la vérité.

M. BESNIER. — Je n'admettrai que difficilement l'hypothèse que soutient M. Vidal et au point de vue dermatologique, on peut admettre l'implantation d'un tissu nouveau dans un tissu pathologique antérieur, mais non sa transformation.

SUR UN CAS DE SYPHILOMES MULTIPLES DES OS INTÉRESSANT PARTICULIÈREMENT PLUSIEURS VERTÈBRES DORSALES,

Par M. HALLOPEAU.

Le nommé K..., couché au n° 49 de la salle Bazin, présente actuellement un certain nombre de syphilomes localisés en diverses parties du squelette ; plusieurs d'entre eux intéressent les vertèbres dorsales et ont donné lieu à des phénomènes tabétiques : à ce double titre, il nous paraît digne d'intérêt. Les localisations de la syphilis, d'autant plus limitées que la maladie est plus ancienne, se produisent sans que l'on puisse en déterminer la cause prochaine. Il est très probable que, par instants, les foyers anciens sont le point de départ de migrations infectieuses qui traversent momentanément la circulation générale ; pourquoi, lorsqu'il en résulte de nouvelles productions, celles-ci se font-elles de préférence ou exclusivement, soit dans la peau ou le tissu sous-jacent, soit dans une muqueuse telle que celle de l'isthme du gosier, soit dans un viscère tel que le foie ou l'encéphale, soit dans le squelette ? nous n'en savons rien. Le seul fait que l'observation nous permette d'affirmer, c'est que les choses se passent comme si, chez certains sujets, certains tissus constituaient un milieu favorable à la culture et à l'évolution du contagion syphilitique ; il doit en être ainsi particulièrement pour le squelette : on ne s'expliquerait pas autrement ces localisations qui se font chez tels syphi-

litiques exclusivement et pendant de longues années en différentes parties de la charpente osseuse ; nous avons observé déjà plusieurs faits de cette nature et K... nous en offre un nouvel exemple ; son histoire peut être résumée ainsi qu'il suit :

Le malade exerçait la profession de briqueteur. En 1883, son travail l'appela dans une maison publique où il est obligé de manier des chiffons malpropres. Peu après apparaît une ulcération à l'annulaire de la main droite. Il entre alors à Beaujon dans le service de M. Labbé qui porta le diagnostic de chancre induré. A ce moment, il y avait une induration ganglionnaire très marquée dans l'aisselle droite.

Le contact impur avait eu lieu au mois de mars ; vers le 15 mai, apparaissait une roséole.

En juillet, se produisent des saillies cutanées qui s'ulcèrent et se renouvellent par poussées successives jusqu'au mois de janvier. Il entre à cette époque à Saint-Louis, dans le service de M. Fournier : il a des ulcérations disséminées sur toute la surface du corps et une glossite décapillante. Il est traité successivement par des frictions mercurielles, de l'iodure de potassium et du sirop de Gibert.

Le malade va faire une station à Argelès, où on ne lui donne pas de traitement spécifique et il en revient avec une perforation de la voûte palatine.

Le 25 juillet 1885, il est admis de nouveau dans le service de M. Fournier. Il a depuis plusieurs mois une diarrhée persistante et depuis trois semaines des syphilides papulo-tuberculeuses sur les bras, les fesses et les cuisses, ainsi qu'une syphilide énorme sur le devant du scrotum.

M. Fournier, qui a bien voulu nous communiquer les notes prises dans son service, constate dès lors quelques symptômes préataxiques. Le malade a des mictions fréquentes ; le besoin d'uriner le réveille trois ou quatre fois par nuit ; il doit y satisfaire sur-le-champ sous peine d'uriner sous lui ; plusieurs fois, il a uriné dans son pantalon. Il n'y a pas de cystalgie ni d'urétralgie. Les désirs vénériens sont éteints, les érections rares. De temps à autre, il se produit des accès de diplopie ; ils auraient déjà été notés l'année précédente. Les muscles de l'œil ne sont pas paralysés. Il y a de l'amblyopie plus prononcée à droite. Les seuls troubles de la motilité que l'on constate sont de la difficulté dans l'attitude à cloche-pied et un peu d'hésitation au commandement de halte. L'iodure est donné à hautes doses. Bientôt le malade a du purpura et de la tuméfaction des extrémités inférieures.

L'année suivante, il éprouve de la faiblesse des jambes ; il trébuche dans l'obscurité ; il ressent dans les membres inférieurs des douleurs fulgurantes nettement caractérisées ; dès lors, des exostoses multiples se produisent sur les deux tibias.

Cette même année, on voit se produire lentement et graduellement une saillie vertébrale que l'on constate encore aujourd'hui ; cette saillie

occupe les quatre dernières dorsales. Les troubles de la motilité des membres inférieurs s'accroissent. On applique alors des pointes de feu.

A la même époque, apparaît une exostose crânienne; le malade éprouve une céphalée persistante, des ulcérations se développent dans l'isthme du gosier et amènent la perte de la luette.

En 1887 et en 1888, des fragments osseux sont éliminés par l'isthme du gosier.

En 1890, une des apophyses ptérygoïdes sort par la même voie. Les maux de tête ont toujours persisté depuis cette époque.

ÉTAT ACTUEL. — Le malade présente les vestiges de graves altérations du tégument externe et de l'isthme du gosier, des exostoses multiples et quelques troubles de l'innervation.

Sur le tronc et les membres, les syphilides ulcéreuses ont laissé de nombreuses cicatrices caractéristiques.

On sent à la partie postérieure de la jambe droite un cordon induré qui occupe la ligne médiane, commence à cinq travers de doigt au-dessus du talon et se prolonge jusqu'à la cuisse; on y distingue des nodosités arrondies, il s'agit très vraisemblablement d'une lymphangite gommeuse.

Les lésions de l'isthme du gosier ont été destructives; la luette a disparu ainsi que le pilier postérieur gauche du voile palatin, son arcade gauche est excavée, la partie antérieure gauche de la voûte palatine est le siège d'une perforation grande comme une pièce de 0,50 centimes, la partie médiane de la paroi postérieure du pharynx est le siège d'une ulcération qui résiste depuis plusieurs mois à un traitement intensif. Recouverte d'une couche de bourgeons charnus, elle est très vraisemblablement liée à une nécrose du corps vertébral sous-jacent auquel ces bourgeons adhèrent intimement. M. Potiquet a constaté antérieurement que le stylet y arrivait sur l'os dénudé.

Le même observateur a constaté qu'il existe à gauche au niveau de la portion antéro-inférieure de la cloison cartilagineuse, siège habituel des perforations, une dépression, tapissée par une muqueuse blanchâtre à aspect nettement cicatriciel; il a reconnu de même, que sur la paroi postérieure et la voûte du pharynx supérieur, la muqueuse a un aspect cicatriciel par endroits, rouge et gonflé en d'autres.

Il existe des exostoses ou des périostoses: à la face interne du tibia droit; à la face interne du tibia gauche; sur la 3^e côte gauche; sur le pariétal droit près de son bord postérieur.

Les apophyses épineuses des quatre dernières vertèbres dorsales forment une saillie très prononcée; elle permet d'affirmer qu'un ou plusieurs des corps vertébraux se sont affaissés.

Les troubles de l'innervation consistent en: 1^o une céphalalgie occipitale opiniâtre et pénible; 2^o de l'anesthésie tactile du côté gauche, à la face plantaire des orteils, à la face dorsale des 3^e et 4^e orteils; du côté

droit, à la face plantaire des 1^{er} et 5^e orteils, et dorsale du 1^{er}; 3^e de l'analgésie à la face plantaire des gros orteils; 4^e de l'exagération des réflexes rotuliens; 5^e la difficulté de l'attitude à cloche-pied; 6^e de l'hésitation dans la halte au commandement; 7^e de la difficulté à porter, les yeux fermés, l'extrémité des index sur l'extrémité du nez; 8^e un léger affaiblissement de la motilité dans les membres inférieurs; 9^e absence d'érection depuis quatre ans; 10^e pollakiurie; les pupilles se contractent normalement.

L'examen des fosses nasales pratiqué par M. Potiquet, donne les résultats suivants : le malade a subi en 1878, avant d'avoir la syphilis, une trépanation de l'apophyse mastoïde droite; elle a amené la guérison d'un abcès consécutif à une otite; il a pris presque constamment, depuis 1882, de l'iodure de potassium à la dose maxima de 10 gr., minima de 4 gr.

Cette observation montre que, depuis plusieurs années, le squelette est, chez ce malade, le siège de prédilection de manifestations syphilitiques. Il est le siège de lésions profondes, qui se sont traduites par l'affaissement de plusieurs vertèbres, la perforation de la voûte palatine et l'élimination d'une épiphyse ptérygoïde presque entière. Ces lésions sont remarquables par leur multiplicité et leur résistance opiniâtre au traitement intensif par l'iodure de potassium et les frictions hydrargyriques; d'après nos observations, c'est là une règle pour ces syphilomes tardifs dont les manifestations squelettiques constituent une forme toute particulière de la maladie.

Quelle est la nature des troubles de l'innervation qui se sont produits concurremment? Les douleurs fulgurantes et les légers troubles de la motilité indiquent que les cordons postérieurs ont été intéressés, mais s'agit-il là d'une véritable ataxie locomotrice progressive dont la marche aurait été enrayée par le traitement? Nous ne croyons pas pouvoir l'affirmer; on n'observe guère dans cette maladie, quand elle remonte à six ans, l'exagération du réflexe rotulien. Il nous paraît bien vraisemblable que l'altération médullaire a eu pour origine celle du squelette rachidien. Si elle occupe le même siège que l'ataxie locomotrice, elle en diffère par son évolution et sans doute aussi par sa cause prochaine. Il s'agit bien plutôt d'un mal de Pott syphilitique décrit par M. Fournier.

Nous résumerons ainsi qu'il suit les conclusions de ce travail :

1^o La formation chez certains sujets de syphilomes multiples des os indique que chez eux le tissu osseux constitue un milieu favorable à la culture et au développement du contagium.

2^o Ces syphilomes peuvent, comme le montre M. Fournier, donner lieu à un mal de Pott spécifique.

3^o Ils offrent une remarquable résistance au traitement.

M. BARTHÉLEMY rappelle que M. Fournier a surtout insisté sur ces cas d'exostoses multiples. Chez un de ses malades il y en avait 14; chez un

autre, tant qu'au front, au crâne, aux avant-bras et qu'aux tibias, j'ai pu en compter jusqu'à 33. Enfin, je signalerai le squelette qui se trouve au musée anatomique de Recklinghausen, à Strasbourg, où il n'y a peut-être pas un os qui soit exempt d'une de ces tumeurs ostéopériostiques d'origine syphilitique.

SUR UNE DERMATITE PAPULEUSE ET ÉRYTHÉMATEUSE DE NATURE INDÉTERMINÉE

Par M. HALLOPEAU.

Nous avons observé plusieurs fois à St-Louis des éruptions érythémateuses qui nous ont paru ne rentrer dans aucun des cadres connus.

Il nous paraît en être ainsi pour celles du jeune homme que nous avons l'honneur de présenter.

Ce jeune homme ne se rappelle pas avoir été jamais malade.

Le 24 juin 1891, une éruption de taches saillantes, rouges, se produit sur le devant de la poitrine, envahit bientôt le haut des bras, ainsi que la face interne des avant-bras, elle ne s'accompagne pas de démangeaisons. La santé générale reste bonne. En l'espace de 3 jours environ, l'éruption s'est étendue à presque toute la surface du corps.

Le malade entre à l'hôpital, le lundi 29 juin 1891, son éruption est constituée à ce moment surtout par des plaques érythémateuses, légèrement saillantes, desquamantes, tout à fait semblables à celles du pityriasis rosé ; mais il existe, en outre, des taches saillantes, d'un rouge vif, dont le volume varie de celui d'un grain de chènevis à celui d'une lentille ; elles s'effacent sous la pression du doigt. L'éruption est surtout confluyente sur le tronc et le cou, ainsi que dans les plis inguinaux et axillaires.

8 juillet 1891. L'éruption s'est modifiée ; les plaques ressemblant à celles du pityriasis se sont affaissées ; leurs contours se sont effacés. Actuellement, on voit sur le visage, et en particulier sur le front et sur les joues, des taches érythémateuses légèrement saillantes, s'effaçant incomplètement sous la pression du doigt, non squameuses. Ces taches se retrouvent sur les joues et sur le menton, leur aspect rappelle par places les plaques ortiées. Au niveau du cou, se trouvent des papules très nombreuses, confluentes, régulièrement polygonales, séparées par des sillons, leur surface n'a pas le brillant des papules du lichen plan : leur coloration est d'un rouge sombre, il y a, par places, une légère desquamation furfuracée.

À la partie antérieure du tronc, au-dessus des mamelons, l'éruption a beaucoup pâli, elle est constituée par des placards à contours géographiques, d'aspect ortié. Au-dessous des mamelons, les plaques ont à peu

près la même configuration, on voit, en outre, de nombreuses saillies isolées, acuminées, rappelant celles de la chair de poule. Il y a encore quelques vestiges des taches érythémateuses desquamantes qui ressemblaient à celles du pityriasis rosé ; le dos, les flancs, les bras et les avant-bras, sont le siège des mêmes éléments éruptifs ; pourtant au-dessous des poignets, en avant, il y a des saillies plus nettement papuleuses et disposées en traînées, comme on en observe dans le lichen plan ; de même que dans cette maladie, la lésion s'arrête au poignet ; quelques éléments ont une surface brillante et présentent une dépression folliculaire. Les membres inférieurs sont le siège de la même éruption ; on voit tous les intermédiaires entre les papules miliaires et les grands placards à desquamation furfuracée. Les papules sont très accentuées à la partie postérieure des cuisses. A la partie inférieure des jambes, leur coloration est plus foncée, presque livide ; les saillies papuleuses offrent très exceptionnellement l'aspect brillant des papules du lichen plan. Sur le dos du pied, les plaques érythémateuses sont parsemées d'ecchymoses miliaires.

Sur la verge, on voit également des taches érythémateuses desquamantes ; tous les ganglions accessibles à l'exploration sont tuméfiés, on constate alors des adénopathies sous-occipitales, cervicales, sus-claviculaires, axillaires, thoraciques, épitrochléennes et inguinales.

Il existe quelques taches érythémateuses sur la luvette et la partie interne des joues.

Le malade a éprouvé un peu de gêne légèrement douloureuse dans les plis du coude ; son état général est satisfaisant.

L'existence de plaques tout à fait semblables à celles du pityriasis rosé de Gibert nous a fait penser au premier abord que nous avions affaire à une forme anormale de cette maladie : le caractère franchement papuleux qu'elle a pris depuis lors, son extension rapide à la face et au membre, l'envahissement des plantes des pieds et l'apparition de petites ecchymoses nous ont fait renoncer à ce diagnostic vers lequel inclinait également un de nos maîtres.

S'agit-il d'un lichen plan aigu ? La forme polygonale des papules et leur disposition par places en traînées linéaires peuvent être invoquées en faveur de ce diagnostic. Les taches érythémateuses et les papules acuminées peuvent s'observer dans cette maladie. Pourtant, il n'y a qu'un très petit nombre de papules dont la surface ait le brillant qui caractérise les éléments de cette dermatose et d'autre part nous ne connaissons pas de cas de lichen plan aigu dans lequel l'éruption ait été aussi rapidement et complètement généralisée. L'hypothèse d'un érythème polymorphe nous paraît devoir être rejetée en raison de l'absence complète de troubles de la santé générale, de l'envahissement tardif des extrémités et des adénopathies multiples que nous avons signalées.

Le malade ne paraît pas avoir eu de chancre. L'existence de ces adénopathies nous paraît indiquer qu'il s'agit de lésions phlegmasiques.

Quelle en est la nature ? Il nous paraît impossible de répondre actuellement à cette question et nous attendrons pour nous prononcer l'évolution ultérieure de la maladie.

SYPHILIDE TUBERCULO-CROUTEUSE EXCENTRIQUE, RÉGULIÈRE ET DE DIMENSION GÉANTE,

Par M. E. BESNIER.

Le malade est un facteur des postes âgé de 30 ans, atteint d'une syphilide serpigineuse géante formant 3 placards, un sur la cuisse droite, un sur le flanc droit et le troisième sur le dos entre les épaules.

Les trois placards, de dimension extraordinaire, ont débuté il y a quatorze mois par trois boutons dont le malade s'est aperçu à cinq ou six jours d'intervalle.

Syphilis en décembre 1886. Chancre du gland. Roséole et boutons sur la peau. Pendant trois ans il a eu sur le front et à la partie antérieure du cuir chevelu des boutons qui ont déterminé des cicatrices.

Soigné par le mercure et l'iodure d'une manière continue depuis le début de la syphilis. Le sujet n'est pas alcoolique.

TRAITEMENT DU RHINOSCLÉROME

PAR M. ERNEST BESNIER.

Vous vous rappelez, Messieurs, que dans la dernière séance je vous ai montré une malade atteinte d'une forme typique de rhinosclérome dont voici le moulage (pièce 1645 du musée de Saint-Louis). Nous avions d'abord formé, M. Le Bec et moi, le projet de détruire chirurgicalement le néoplasme ; mais l'étendue énorme de ce néoplasme qui plonge profondément dans le pharynx, et qui occupe la totalité de l'appareil nasal et de la lèvre supérieure nous a obligés de renoncer à ce projet qui aurait nécessité une mutilation inacceptable.

La malade étant entrée dans mon service, j'ai commencé immédiatement, il y a aujourd'hui douze jours, le 27 juin, le traitement préliminaire destiné à arrêter l'envahissement du néoplasme à la peau, nez et lèvre supérieure, et à rétablir le passage de l'air à travers les cavités nariniennes.

Je suis arrivé aisément à ces premiers résultats à l'aide du chlorure de zinc, introduisant des flèches à l'aide de ponctions dans le néoplasme, successivement et par un véritable travail de mine.

On peut voir aujourd'hui la tumeur labiale presque à niveau, la cloison

épaissie mais libre, et deux canaux béants dans lesquels je maintiens en permanence de grosses sondes du calibre de 20 à 25 de nos filières.

Ce résultat est en lui-même très satisfaisant, mais je ne le considère que comme préliminaire et éventuel, car la végétabilité du néoplasme est tellement active qu'il ne faudrait que peu de semaines pour voir se combler tous les vides que j'ai faits si on interrompait l'action.

Toutefois, je considère que les premiers résultats sont encourageants, et que peut-être nous serons plus heureux dans ce cas que dans ceux que contient jusqu'à présent l'histoire du traitement du rhinosclérome.

RECHERCHES HISTOLOGIQUES ET BACTÉRIOLOGIQUES SUR LE RHINOSCLÉROME

Par M. L. JACQUET.

M. E. Besnier ayant bien voulu me confier l'examen bactériologique de la malade dont il vient de parler, j'ai fait avec le suc prélevé au centre d'un fragment excisé avec précaution, des ensemencements sur divers milieux (gélose, gélatine, bouillon de bœuf, pommes de terre); j'ai pu ainsi isoler deux microbes bien distincts.

1° Un organisme en chaînettes dont les caractères morphologiques sont identiques à ceux du streptocoque pyogène;

2° La bactérie que Frisch a découverte et qui a été étudiée après lui par Pelizzari, Cornil, Alvarez, Paltauf et Eiselsberg, etc. C'est un bacille court, se cultivant aisément à la température de la chambre, ne liquéfiant pas la gélatine et y produisant par piqûre une culture en *clou* caractéristique. Ce microbe n'est pas doué de mouvements, il se colore aisément par les diverses couleurs d'aniline et se décolore par le procédé de Gram. Sur les tissus, on le trouve entouré d'une capsule qu'il perd dans les milieux de culture; j'en ai pourtant obtenu d'encapsulés à la première génération.

Ce sont là, comme on l'a remarqué depuis longtemps, les caractères du microbe de Friedländer. Cependant les expériences de MM. Paltauf et Eiselsberg semblent assigner à la bactérie de Frisch une virulence moindre qu'à celle de Friedländer. Les inoculations que j'ai pratiquées sur le cobaye et la souris semblent jusqu'ici confirmer cette donnée. Il n'est donc peut-être pas encore permis d'identifier *absolument* ces deux microbes.

Quant à son rôle dans la pathogénie du rhinosclérome, il n'est pas établi de façon certaine; on n'a pas encore réussi à réaliser expérimentalement une néoplasie analogue à celle qui constitue l'affection, et il ne faut pas oublier que MM. Netter et Thost ont démontré l'existence à l'état normal, dans la salive et le mucus nasal, de l'organisme de Friedländer,

très probablement identique à celui de Frisch. Il est donc possible, comme l'a dit M. Netter, qu'il s'agisse d'une pénétration secondaire de la tumeur par les bacilles : j'en dirai autant du streptocoque que j'ai trouvé associé à la bactérie de Frisch ; il est fort possible que sa pénétration date des tentatives opératoires qu'a subies antérieurement la malade.

M. NETTER. — J'étais très désireux de faire l'étude bactériologique d'un cas de rhinosclérome et je sais grand gré à M. Jacquet de m'avoir facilité cet examen.

Il a mis à ma disposition les cultures qu'il avait obtenues en partant de la tumeur, et en même temps il m'a permis d'examiner le muco-pus des fosses nasales de la malade.

Dans le muco-pus existaient les mêmes bacilles encapsulés mélangés, comme dans la tumeur, à des streptocoques pyogènes.

M. Babès avait déjà vu des streptocoques dans deux cas de rhinosclérome. Une fois mélangés aux bacilles, une fois sans coexistence de ceux-ci ; et la même constatation a été faite une fois par Wolkowitsch. Comme ces auteurs, ainsi que MM. Besnier et Jacquet, je pense qu'il s'agit là de microbes surajoutés, dus à une infection secondaire par ces streptocoques, qui peuvent normalement exister dans les fosses nasales et la bouche, ainsi que je l'ai démontré en 1888.

La présence dans le muco-pus des mêmes micro-organismes que dans la tumeur a déjà été constatée plus d'une fois et notamment par Paltauf et Eiselsberg.

Ce qui me rendait très désireux d'étudier personnellement les bacilles du rhinosclérome, c'est que j'ai examiné un grand nombre d'affections dues au bacille de Friedlaender (1) et que j'étais très curieux de savoir si les deux microbes sont ou non identiques.

Les caractères généraux certes, sont bien semblables, d'après toutes les descriptions, forme bacillaire en capsule, apparence en clou des cultures sur gélatine, action pathogène sur le cobaye et la souris tandis que le lapin est toujours respecté.

À côté de ces ressemblances qui pour certains auteurs équivalent à une identité, je trouve relevées quelques nuances qui pourraient permettre pour d'autres une distinction. Le bacille du rhinosclérome conserve en général sa coloration avec la méthode de Gram. Ses cultures sur gélatine ont une couleur plus grise, elles sont plus transparentes que les cultures du bacille de Friedlaender, plus habituellement opaques et d'un blanc de porcelaine. Elles présentent souvent un reflet nacré. Dans ces cultures, les bacilles de rhinosclérome, conservent souvent leur capsule ce qui n'est pas noté dans la description de Friedlaender.

Enfin les effets sur les animaux sont moins marqués (Wolkowitsch,

(1) NETTER. *Bull. et mém. Soc. des hôp.*, 30 mai 1890.

Paltauf et Eiselsberg) et même nuls (Dittrich, Mibelli, Zagari, Rydigier).

Le bacille que nous avons isolé présentait bien dès le début l'apparence semi-transparente nacrée signalée par Paltauf et Dittrich. Les bacilles conservaient souvent leur capsule dans les cellules. Ils ont été pathogènes pour les souris, mais seulement après inoculation intra-péritonéale (mort en 36 à 48 heures). Les animaux ont tous résisté à l'inoculation sous-cutanée.

Mais l'apparence transparente, nacrée a été plus d'une fois retrouvée par nous, dans les cultures de bacille encapsulé de diverses origines (broncho-pneumonie, méningite suppurée, endocardite ulcéreuse, salive de sujets sains) et cela dès les premiers jours.

La persistance de la capsule autour des bacilles provenant des cultures dans le bouillon, sur le sérum, l'agar, a été souvent notée par nous et d'autres auteurs.

Si le bacille du rhinosclérome dans nos expériences, comme dans celles de Paltauf et Wolkowitsch, s'est montré relativement peu virulent, il est cependant manifestement pathogène, contrairement aux affirmations de Dittrich, Mibelli et Zagari. Le bacille de Friedlaender est d'ordinaire plus virulent. Mais nous avons vu des formes atténuées se comportant absolument comme le bacille du rhinosclérome.

La réaction de Gram décolore presque toujours rapidement le bacille de Friedlaender, mais on trouve parfois des bacilles plus résistants. Du reste les organismes isolés par M. Jacquet et moi se décolorent par le Gram et si l'on veut y voir les organismes du rhinosclérome, il faut reconnaître que la méthode de Gram ne peut servir à une différenciation.

En résumé, nous n'avons pu trouver une différence entre le bacille du rhinosclérome et le bacille encapsulé de Friedlaender et nous sommes disposé, jusqu'à plus ample informé, à considérer ces deux organismes comme identiques.

Comme d'autre part, nous avons établi que le bacille de Friedlaender peut se trouver normalement dans la salive (1) humaine et que Thost, l'a trouvé dans le mucus nasal (2) de sujets bien portants, l'influence pathogène de ce bacille dans la pathogénie du rhinosclérome est difficile à apprécier.

Faut-il la nier absolument et accepter que les bacilles présents dans la bouche ont pénétré secondairement dans la tumeur? La chose est peu admissible, puisque ce bacille en capsule foisonne dans la tumeur du rhinosclérome, qu'il a été trouvé dans tous les cas et qu'on ne le voit pas dans les autres néoplasies et ulcérations de la région.

Nous serions plus disposé à admettre que ce microbe, longtemps toléré sans inconvénient, peut, sous l'influence de conditions encore in-

(1) NETTER. Du microbe de Friedlaender dans la salive, Société de biologie, 1887.

(2) THOST. Pneumonie Kokken in der Nase Deutsche medizinische Wochenschrift, 1886.

connues, devenir l'origine de tumeur du rhinosclérome, comme ailleurs il détermine une broncho-pneumonie, une pleurésie, une otite, une méningite suppurée, etc. Si l'on nous objecte, qu'avec les cultures du bacille en capsule il est possible de réaliser expérimentalement les affections précitées et que ce résultat a été vainement recherché pour le rhinosclérome, la réponse sera aisée. Nous ignorons sans doute encore le procédé convenable, si tant est qu'il existe et les procédés auxquels nous avons eu recours sont insuffisants. Les altérations cutanées, dues au bacille de Koch, n'ont pas encore été réalisées expérimentalement, alors que d'autres manifestations tuberculeuses sont reproduites sans difficulté. Personne aujourd'hui ne conteste cependant l'origine bacillaire du lupus tuberculeux ou de la tuberculose verruqueuse de la peau.

Le rapprochement que nous venons de faire, nous met également un peu à l'aise vis-à-vis d'une autre objection que nous ne pouvons manquer de nous faire et qui vise la rareté dans le cours du rhinosclérome d'autres manifestations pathologiques dues au bacille en capsule. La tuberculose de la peau reste, elle aussi, longtemps et souvent, indéfiniment localisée.

La vraie difficulté vient de la *topographie* de cette affection qui reste presque exclusivement confinée dans le vieux continent, en Autriche et en Russie et dans le Nouveau-Monde, en Amérique Centrale.

Sur 98 cas dont nous connaissons l'origine, 86, plus de 6 sur 7, provenaient de ces lieux d'élection. Le premier en fournit 61, le second 25.

Dans le premier foyer, l'Autriche entre pour la plus grande part, 35 cas, originaires surtout de Galicie (10), Moravie (10), Bohême (5), Hongrie (5), Bukowine (2) ; 24 cas sont originaires de Russie, où les provinces surtout affectées, sont les gouvernements de Wolhynie (4), Kiew (4), Pologne (3), Podolie (3), Tchernigew (2), Podlasie (1), Odessa (1). Le cas observé dans la Silésie prussienne et celui qui a été recueilli en Moldavie peuvent être ajoutés aux précédents.

Faut-il accepter que les habitants de ces régions présentent une sensibilité particulière des fosses nasales, sensibilité ayant pour origine des dispositions anatomiques ou des habitudes spéciales ? Nous ne saurions aventurer à ce sujet que des hypothèses.

Dans tous les cas, le rhinosclérome a été rencontré ailleurs que dans ces foyers d'élection. Notre relevé indique 8 cas originaires de l'Italie : (Naples, 4, Lucques, Florence), 1 de Belgique (Bruxelles), de Suisse (Schaffhouse), de Suède et d'Egypte. Nous croyons savoir que la maladie a été vue également en Espagne et dans les Etats-Unis.

Cette généralisation fait craindre que l'immunité jusqu'ici relevée en faveur de notre pays ne soit pas assurée d'une persistance définitive.

SUR LA VALEUR THÉRAPEUTIQUE DES INJECTIONS DE SÉRUM DE CHIEN

Par M. HENRI FEULARD.

Parmi les nombreuses médications préconisées dans ces derniers temps contre la tuberculose et auxquelles l'échec du traitement de Koch semble avoir donné un nouvel élan, les injections de sérum de chien proposées par MM. Ch. Richet et Héricourt méritent une mention spéciale.

Il ne s'agit plus, en effet, d'injecter sous la peau des substances médicamenteuses proprement dites, mais le sang ou plutôt la partie active du sang d'un animal réfractaire à la maladie et possédant une qualité bactéricide.

MM. Richet et Héricourt ont fait sur leurs expériences, dans le courant de l'année 1890 et de cette année, plusieurs communications à l'Académie des sciences et à la Société de biologie, communications dans lesquelles on trouvera la théorie et le détail de leur méthode ; leurs intéressants travaux viennent d'être résumés dans une thèse passée la semaine dernière à la Faculté (1).

En présence des résultats annoncés par les expérimentateurs, M. le professeur Fournier estima qu'il y avait intérêt à essayer la nouvelle médication sur quelques-uns des malades du service de la clinique. M. le professeur Richet voulut bien mettre à notre disposition la quantité de sérum nécessaire : le sérum mis dans de petites ampoules de verre fermées à la lampe et contenant deux centimètres cubes environ, nous était apporté deux fois par semaine du laboratoire de physiologie de la Faculté ; et je tiens à remercier de son dévouement et de son zèle M. Leroux, externe du service, qui a bien voulu se charger de renouveler au fur et à mesure notre provision de sérum, m'aider dans la pratique des injections, peser les malades et tenir au courant leurs observations.

Nous avons traité en tout 10 malades, 8 femmes et 2 hommes ; sur ce nombre 4 étaient des syphilitiques sur lesquels le traitement a été essayé dans les conditions que je dirai tout à l'heure.

La durée du traitement a été inégale pour ces malades, les uns ayant reçu régulièrement les injections pendant trois mois depuis le début de nos expériences, les autres ayant cessé d'être injectés après quelques semaines ou n'étant encore en traitement que depuis quelques semaines.

Quoi qu'il en soit, les résultats que nous avons obtenus sont assez sensiblement les mêmes dans ces différents cas, pour que nous puissions déjà nous faire une idée de ce mode de traitement et de la valeur des injections de sérum de chien.

(1) SIMONET DE LABORIE. Le sérum du sang de chien. Ses propriétés thérapeutiques. Th. Paris, 24 juin 1891.

Cas I. — La première malade, Louise P..., est une femme de 34 ans, atteinte d'un lupus tuberculo-ulcéreux du centre de la face ayant déjà détruit une partie de la cloison et du nez, avec ulcérations de la face interne de la lèvre supérieure et de la face interne des joues. Cette malade dont le lupus remonte à plusieurs années, a déjà été traitée à diverses reprises dans le service par la galvanocaustique et les scarifications. Presque complètement guérie par moi l'année dernière, elle est revenue cette année avec une récurrence portant surtout son action sur le nez et la muqueuse labiale. La photographie exécutée par M. Méheux vous montre ce qu'elle était à ce moment. Le traitement par les injections a été commencé le 4 mars, alternativement de chaque côté. Il n'y a jamais eu ni douleur, ni fièvre, ni réaction générale. Les premières injections ont été suivies d'urticaire au niveau des piqûres ; mais ce phénomène, observé aussi chez une autre de nos malades, ne s'est pas renouvelé dans la suite. Vers la dixième injection la malade s'est plainte pendant deux ou trois jours d'une somnolence presque continue, mais cet état n'a pas duré. Aucun traitement n'a été fait pendant ce temps sur le lupus, si ce n'est quelques cautérisations au nitrate d'argent sur la muqueuse de la lèvre et des joues dont les ulcérations étaient fort douloureuses. Cependant, comme nous pouvons le constater en comparant l'état actuel à la photographie faite avant le traitement, il y a eu une amélioration locale manifeste. Les ulcérations sont en partie cicatrisées, les tissus sont moins congestionnés, moins tuméfiés, les espaces blancs cicatriciels augmentent et l'on voit plus nettement isolés au milieu de ce tissu cicatriciel les nodules couleur sucre d'orge du lupus.

Elle a reçu ce jour-là un c.c. et demi de sérum, puis le surlendemain et régulièrement ensuite de deux en deux jours 2 c.c. par injection jusqu'au 17 avril ; soit, du 4 mars au 17 avril, 21 injections de sérum représentant 41 c.c. 5 de sérum.

Son poids qui, le jour de la première injection, était de 45 kil. 325 gr., montait le 15 avril à 48 kil. 100 gr., elle avait donc gagné en six semaines 3 kil. environ. A partir du 20 avril, sur la demande de M. Richet, les injections ne furent plus que d'un c.c. ; du 20 avril au 24 juin, jour auquel j'ai arrêté les observations, elle a reçu 23 injections, soit 23 c.c. de sérum ; elle a reçu en tout, du 4 mars au 24 juin, 69 c.c. de sérum. Le poids a continué à s'accroître, le 29 avril elle pesait 49 kil. 075 gr. ; le 10 juin elle atteignait 49 kil. 750 gr. ; le 24 juin, elle avait un peu perdu mais pesait encore 49 kil. 300, soit 4 kil. d'augmentation depuis le commencement du traitement. La malade n'est plus à l'hôpital depuis le 25 mai et vient au traitement tous les deux jours. Les injections ont été faites avec toutes les précautions antiseptiques dans la région rétro-trochantérienne.

Si je me suis étendu un peu longuement sur cette observation, c'est qu'elle est la plus complète de celles que nous avons pu suivre, la malade ayant été mise en traitement dès le début de nos essais, le 4 mars, et continuant encore actuellement ses injections dont elle se trouve très bien.

Cas II. — Noémie Th... âgée de 24 ans, est entrée dans le service le 13 décembre 1890, atteinte d'un vaste lupus tuberculo-gommeux occupant presque

toute la face. L'affection a débuté il y a trois ans par un petit bouton croûteux sur la narine droite, et absolument négligée, elle s'est étendue peu à peu jusqu'aux dimensions actuelles. Cette malade a reçu sa première injection le 27 mars ; jusqu'au 17 avril elle a eu 9 injections à 2^{cc} ; du 20 avril au 24 juin, 27 injections à 1^{cc} ; soit en tout, du 27 mars au 24 juin, 45^{cc} de sérum.

Comme réaction générale, aucun phénomène au niveau des piqûres ; la malade n'a pas cessé de se lever tous les jours et d'aller travailler à la lingerie ; l'appétit a augmenté.

De 42 kil. 500, poids constaté le jour de la première injection, la malade atteignait un mois après, le 22 avril, 43 kil. 900 gr. ; après être resté stationnaire et même avoir un peu diminué pendant le mois de mai (la malade a eu à ce moment une angine herpétique) le poids, le 24 juin, avait atteint 44 kil. 500, soit un gain de 2 kilogs en trois mois.

Amélioration locale du lupus sur lequel aucun traitement n'a été fait : affaïssement des tissus malades, régression des lésions en plusieurs points ; cicatrisations partielles. Malheureusement les narines sont menacées d'atrésie malgré l'emploi de tiges de laminaire.

Dans les deux cas suivants, les injections de sérum ont été faites comme complément du traitement local et pour voir si, chez des malades dont l'état général était déjà très bon, l'action nutritive du sérum serait aussi manifeste.

CAS III. — Marie J..., âgée de 15 ans, entrée le 8 décembre 1890 pour un lupus tuberculo-ulcéreux de la narine gauche ; la maladie date de 3 ans. Depuis son entrée, la malade a été traitée tous les huit jours régulièrement par la galvano-caustique, puis par les scarifications. Les injections de sérum ont été commencées le 22 mai, c'est-à-dire après cinq mois de séjour à l'hôpital. Jusqu'au 24 juin, la malade a reçu 14 injections de 1^{cc} chaque. Son poids était de 52 kil., le 22 mai ; le 24 juin elle pesait 53 kil. 250, ayant gagné deux livres et demie en 1 mois et avec 14 c. c. de sérum.

Il s'agit ici d'une malade hospitalisée depuis longtemps, dont l'état général était déjà très bon. L'augmentation de poids ne paraît donc pouvoir être attribuée qu'à l'action du sérum. Son lupus est en voie de guérison ; mais, comme je l'ai dit, le traitement local a été fait. Il en a été de même dans le cas suivant.

CAS IV. — Emilie Lam..., 18 ans, entrée le 12 mars 1891. Lupus de la narine et de la moitié gauche du nez datant de 7 ans. La malade a été traitée à diverses reprises ; après son dernier séjour dans le service en avril 1889, elle est sortie à peu près complètement guérie. Elle est restée sans traitement depuis cette époque et revient avec une récurrence (ulcération du bord cicatriciel de la narine). Elle a reçu une injection de 1^{cc} le 23 mars ; puis 10 injections à 2^{cc} ; puis jusqu'au 24 juin 27 injections à 1^{cc} ; soit en tout 48^{cc} de sérum.

Avant le traitement, le 18 mars elle pesait 54 kil. 50 gr. ; le 8 avril elle pesait 55 kil. 200 ; le 29 avril, 57 kil. 400 ; le 29 mai, 58 kil. 750 ; le 24 juin, 60 kil. 200. Elle a donc gagné avec 48^{cc} répartis en 38 injections 6 kil. 150 grammes en trois mois.

De toutes nos malades, c'est celle-là qui a présenté le plus rapide et le plus grand accroissement de poids. Et notez qu'il ne s'agit nullement d'une malade anémiée auparavant, car j'ai rarement vu lupus allié à une aussi belle mine. Il n'y a jamais eu aucun phénomène à signaler du fait des injections ; son lupus est en très bon état ; le traitement local a été fait concurremment par les scarifications.

Cas V. — A ces quatre observations j'en ajouterai une cinquième : celle d'un de nos anciens malades, atteint d'un lupus mutilant du nez, avec lupus végétant de la face muqueuse de la lèvre supérieure et de la face interne des commissures labiales. Ce malheureux qui a perdu son nez était sorti l'année dernière presque complètement cicatrisé, et, muni d'un nez prothétique, était parti dans son pays. Il est revenu cette année avec une récurrence. La cicatrice du nez s'est réulcérée et le lupus de la muqueuse buccale s'est remis à végéter.

Ce malade a reçu jusqu'au 24 juin, 28 injections, représentant 34^{cc} de sérum ; son poids, le 6 avril, avant la première injection, était de 58^k,600 ; le 24 juin il pesait 61^k,900 ; les fosses nasales sont en partie cicatrisées de nouveau.

Enfin, je laisse de côté, comme n'ayant pas été suivies assez longtemps, deux autres malades femmes, l'une atteinte d'un lupus occupant toute la face, qui n'est en traitement que depuis quelques jours, mais en a déjà ressenti les bons effets, l'autre qui est atteinte d'un lupus tuberculeux non ulcéré de l'avant-bras *droit*. Cette deuxième malade a déjà subi dans cet hôpital le traitement par la lymphé de Koch (obs. 9 du tableau de M. Besnier. V. Ann. Dermat., 1891, p. 134, c'est par erreur que le mot *gauche* a été mis au lieu de *droit*) ; elle a déjà reçu 12 injections, et on peut constater une amélioration de son lupus.

A propos de cette malade, je signalerai le fait suivant : Le 29 mai l'injection fut faite avec un tube de sérum, resté bien fermé, mais remontant à quelques jours ; il y eut les jours suivants de la douleur, de la rougeur au niveau de la piqûre, et formation d'une nodosité ; puis au bout d'une semaine tout est rentré dans l'ordre. La petite malade de l'observation III, injectée le même jour avec le même tube, a présenté des phénomènes analogues qui nous ont fait un moment craindre un abcès qui ne s'est pas produit.

A ces deux menaces d'abcès se résument les complications que nous avons eues sur cette série de malades. Sur 240 injections qui ont été faites du 4 mars au 24 juin nous avons eu, outre ces nodosités, un abcès qui a eu lieu sur une des malades de la deuxième série dont nous allons parler maintenant.

La deuxième série de nos essais thérapeutiques a porté sur des sujets syphilitiques.

La même idée qui a fait essayer dans le traitement de la tuberculose du sang d'un animal réfractaire à cette maladie, devait nous faire tenter l'emploi du sérum animal dans le traitement de la syphilis.

Le premier sujet injecté fut un malade atteint de syphilis maligne à

récidives incessantes. La gravité de son état, le peu d'influence qu'avaient alors sur ses syphilides les médicaments spécifiques, déterminèrent à essayer chez ce malade le sérum de chien dont nous ne connaissions pas la valeur thérapeutique, ce malade ayant été le premier inoculé, en même temps que la malade lupique de notre observation I.

Cas VI. — Yves Go..., âgé de 35, ans entre le 2 mars 1891 à la salle St-Louis. Il a déjà fait de nombreux séjours dans le service. Sa syphilis remonte à 3 années et fut traitée dès le début ; cependant dès le troisième mois apparurent des syphilides à type ulcéreux qui depuis trois années n'ont guère laissé au malade de répit. Son corps est criblé de cicatrices et c'est couvert de nouvelles ulcérations, dont quelques-unes ont pris un aspect gangreneux, qu'il se décide à faire un nouveau séjour à l'hôpital.

Le malade est injecté pour la première fois le 4 mars ; il l'est ensuite régulièrement d'abord avec 2^{cc}, puis à partir du 20 avril, avec 1^{cc} seulement. Il a reçu jusqu'au 24 juin, 37 injections représentant 52^{cc} de sérum ; son poids qui était de 60 kil., le jour de la première injection, était de 63^k,500 le 1^{er} avril ; de 65^k,600 le 29 avril, est monté le 10 juin à 67 kil., et était encore le 24 juin de 66^k,600. Ce malade a donc gagné un peu plus de 13 livres.

Ainsi dans ce cas le sérum a agi au point de vue nutritif comme chez les lupiques : aucun phénomène de réaction générale, aucune complication locale.

Quelle fut l'action sur les syphilides ? Celles-ci avaient été pansées à l'emplâtre de Vigo ; car on n'avait pas osé tout d'abord, tout en supprimant toute médication spécifique interne, ne pas faire au moins cette application externe. Les effets furent d'abord excellents, le traitement avait été commencé le 4 mars ; le 24 presque toutes les ulcérations étaient comblées ; on supprime alors le Vigo et on remplace par de l'emplâtre diachylum simplement. L'état général était excellent et l'appétit augmenté : mais le 27 mars une poussée gommeuse nouvelle apparaissait, malgré que l'état général restât bon et que le malade continuât à augmenter. On ne crut pas cependant devoir différer davantage le traitement spécifique et le malade fut remis à l'iodure, il en prit d'abord 2 grammes seulement et ces syphilides qui avaient toutes les peines du monde à guérir autrefois avec des doses élevées d'iodure et de mercure guérissent très rapidement. Vous pouvez voir aujourd'hui le malade presque complètement guéri. Le sérum certainement en relevant sa nutrition a permis et a activé la cicatrisation des syphilides.

Notre second cas se rapproche beaucoup du précédent.

Cas VII. — Juliette D..., âgée de 31 ans, entre le 11 avril 1891, salle Henri IV. Cette femme syphilitique depuis douze ans est toujours en traitement depuis quatre ans. Elle est atteinte depuis ce moment de syphilides tuberculo-gommeuses ulcéreuses de la face qui récidivent sans cesse et sur la même région.

Son observation figure sous le n° VII des observations communiquées au

congrès de 1889 par M. Portalier dans son mémoire sur les récidives *in situ* de la syphilis.

Cette malade, très indocile, reste à chaque fois peu de temps à l'hôpital et part toujours sans être guérie; quand elle revient cette fois, elle est très anémiée, sans sommeil, se plaint de l'estomac et des reins. Son poids le 13 avril est de 45^k,950; on la met au traitement spécifique avec 9 grammes d'iodure de potassium; le 22 elle a perdu du poids et ne pèse plus que 44^k,250. Ce même jour on lui fait sa première injection avec 1^{cc} de sérum; les injections sont continuées comme pour les autres malades de deux en deux jours; elle a reçu en tout 11^{cc} de sérum.

Le 6 mai, à la septième injection le poids est de 46^k,950; le 13 mai, de 48^k,300. Les syphilides se cicatrisent à vue d'œil; l'état général est excellent. Mais le 15 mai, la malade, qui procède ainsi à chacun de ces séjours, quitte subitement le service dans la journée.

Ici donc encore, effet remarquable sur la nutrition, relèvement de l'état général qui permet aux remèdes spécifiques d'agir plus efficacement.

Nous voulûmes alors essayer les injections de sérum pour traiter une syphilis secondaire à l'exclusion de tout traitement spécifique.

Cas VIII. — Alexandrine C..., âgée de 29 ans, entre salle Henri IV le 21 mars 1891; elle est atteinte d'une syphilide papulo-squameuse généralisée qui dure depuis trois mois; aucun traitement n'a été fait.

La malade pèse le 25 mars 51^k,250; on commence les injections le 26 mars; le 1^{er} avril elle pèse 53^k,450; le 15 avril 54^k,050. Elle a reçu 10 injections de 2^{cc}. ces injections ont été très bien supportées; mais la syphilide n'est pas modifiée sensiblement et le 6 avril survenait une nouvelle poussée de syphilides. Le 20 avril on cessait les injections à cause d'une complication, la seule qui ait eu quelque importance sur toute la série de nos injections.

Le 20 avril, en effet, on constatait au niveau de l'injection faite la veille de la rougeur de la peau avec tension douloureuse et chaleur; les phénomènes vont en augmentant, la peau devient œdématiée, un abcès se forme, est ouvert le 25 avril et guérit ensuite très facilement. La malade mise au traitement spécifique est sortie guérie le 16 mai.

Cet abcès, comme nous l'avons dit, est le seul accident important que nous ayons eu. Cependant l'injection avait été faite ce jour-là avec les mêmes soins antiseptiques et dans les mêmes conditions que les autres jours. Après enquête, il fut prouvé que l'ampoule de verre contenant le sérum employé pour cette malade était imparfaitement bouchée à l'une de ses extrémités et que le sérum s'était altéré au contact de l'air; c'est à l'altération du sérum contenu dans cette ampoule qu'il faut, de l'avis même de M. Ch. Richet, attribuer cet abcès.

Nous n'avons pas fait d'autre essai sur des syphilitiques à la période secondaire; mais nous avons utilisé le sérum animal d'une autre façon dans le traitement de la syphilis secondaire: par la voie interne; M. le professeur Richet a bien voulu préparer une solution de sérum dans laquelle on a mis du sublimé dans la proportion de 0,50 cent. pour 100, c'est-à-dire la liqueur de Van Swieten dédoublée, une plus grande dose de sublimé précipitant le sérum.

Nous avons fait ingérer ce sérum sublimé à la dose de une, puis deux, trois et quatre cuillerées, ce qui correspondait à une demie, une, une et demie et deux cuillerées de liqueur de Van Swieten.

Deux malades ont été ainsi traitées; l'une d'elles est encore à l'hôpital.

La première, Louise M..., âgée de 31 ans, entrée le 16 mai, était atteinte d'une syphilide papulo-squameuse généralisée. Elle a commencé à prendre du sérum sublimé le 20 mai et est sortie le 20 juin, son éruption effacée. Le médicament a été donné à la dose maxima de 3 cuillerées; il a été parfaitement supporté, sans douleurs d'estomac; il y a eu pendant trois jours de la diarrhée vers le dixième jour de traitement. Les cuillerées de sérum étaient mises dans un verre de lait que la malade avalait en une fois le matin. Le goût de ce sérum sublimé est très supportable; et si l'on donne de la liqueur de Van Swieten par comparaison, les malades font une grande différence en faveur du sérum. Ainsi cette malade, quand on lui donnait de la liqueur de Van Swieten par comparaison, accusait des douleurs d'estomac. Enfin l'action nutritive du sérum s'est aussi montrée dans ce mode d'administration: pendant ce mois de traitement la malade a gagné 2 kilogs; de 47 kil. 200 le 20 mai, son poids a passé à 49 kil. 100, le 13 juin.

La deuxième, Marcelle D..., âgée de 20 ans, est entrée le 9 juin pour une syphilide érythémato-papuleuse généralisée. On lui donne d'abord des pilules de proto-iodure; la malade se plaint de douleurs d'estomac. Le 17 juin on suspend les pilules et on donne deux cuillerées de sérum sublimé. Son poids ce jour-là est de 53 kil. 100; les maux d'estomac disparaissent; le 21 juin, le sérum manquant on le remplace par la liqueur de Van Swieten que la malade trouve bien plus désagréable à prendre et qui lui donne des douleurs d'estomac. Le 24 on reprend le sérum; cette fois c'est du sérum de cheval, car ce mode d'administration consomme beaucoup plus que les injections et M. Richet ne dispose pas assez de sérum de chien pour continuer; depuis le 25 juin elle prend quatre cuillerées de sérum sublimé et les prend d'un seul coup le matin dans une tasse de lait sans accuser ni mauvais goût, ni douleur stomacale. Son poids hier était de 54 kil. 800.

Telles sont les différents essais thérapeutiques avec le sérum animal que j'ai tentés et que j'ai cru intéressant de soumettre à la Société.

Laissons de côté l'emploi du sérum à l'intérieur, celui-ci paraît être un excellent excipient du mercure, ce qui se comprend par la composition chimique du sérum, la formation de chlorures et d'albuminates de mercure facilement solubles et assimilables; et essayons de tirer des observations que nous venons de relater, quelques renseignements sur la valeur thérapeutique des injections de sérum de chien.

Tout d'abord on peut poser en principe l'innocuité absolue de la méthode; on a vu en effet que sur 240 injections, une seule fois nous avons eu une complication, un abcès; et cette complication est due à ce que le sérum injecté cette fois là était altéré. Donc, à condition que ce sérum soit frais et non altéré, c'est-à-dire, à condition qu'il n'ait pas plus de 4 à 5 jours et que les ampoules qui le contiennent aient été très hermé-

tiquement fermées à la lampe, il n'y a aucun inconvénient à redouter. Il est bien entendu que toutes les précautions antiseptiques que l'on prend maintenant pour les injections hypodermiques doivent être rigoureusement observées. Le siège que nous avons choisi pour faire les injections, est le lieu d'élection habituel, les fossettes rétrotrochantériennes ; les injections ont été faites, l'aiguille poussée profondément.

Quelle est la dose à employer ? On a vu que nos premières injections du 4 mars au 20 avril étaient de 2 c. c. tous les deux jours, puis qu'à partir de ce jour elles n'ont plus été que de 1 c. c. tous les deux jours. Cet abaissement de la dose a eu lieu sur les conseils de M. Richet, qui, des expériences qui ont été faites dans d'autres services hospitaliers, croit qu'il vaut mieux employer de faibles doses. Des doses de 3 c. c. auraient été paraît-il fort mal supportées : dans notre cas, les doses de 2 c. c. étaient bien supportées, celles de 1 c. c. l'ont été aussi bien, mais il est vrai que l'effet avantageux s'est produit aussi bien avec les secondes doses qu'avec les premières.

Cet effet quel a-t-il été ? Ce qui ressort de nos observations est avant tout la valeur nutritive du sérum. L'augmentation de poids des malades est un fait constant ; cette augmentation s'est faite dans quelques cas dans des proportions remarquables. Elle a été tout à fait étonnante dans notre observation IV, chez cette jeune fille de 18 ans qui, avec 48 c. c. de sérum répartis en 38 injections, a gagné 6 k. 150 grammes en trois mois. Cette augmentation s'est produite chez des malades hospitalisées déjà depuis longtemps comme les malades des observations II et III ; on ne peut donc, au moins dans ces cas, la mettre sur le compte du séjour à l'hôpital, du repos et souvent du bien-être qui en résulte pour quelques malades.

Ce traitement a-t-il eu une action directe sur le lupus ? Les observations I, II et V tendraient à le prouver ; car dans les cas I et II on a pu constater une amélioration réelle des lésions lupiques, la décongestion de ces tissus qui redeviennent blancs et souples ; la cicatrisation de quelques points ulcérés ; mais il ne saurait être question, au moins pour le peu que nous avons essayé, d'un effet curatif direct sur le tubercule lupique. Les injections de sérum agissent en relevant l'état général, comme un excellent tonique, mais nous ne croyons pas dans le traitement du lupus spécifique qu'on puisse invoquer une action microbicide. Dans le traitement de la syphilis, elles nous paraissent encore moins, ne pas pouvoir être employées en tant que médication spécifique : mais comme adjuvant de la médication spécifique, elles constituent là aussi une médication précieuse par ses bons effets nutritifs et toniques.

Si donc la méthode de MM. Richet et Héricourt ne peut aspirer à être, du moins d'après nos seules expériences, une méthode spécifique dans le traitement de la tuberculose cutanée, elle n'en constitue pas moins une médication excellente destinée à rendre de réels services, non seulement dans les cas de tuberculose, mais toutes les fois où l'or-

ganisme débilité a besoin de voir ses forces rapidement relevées en ménageant les voies digestives. Ces conclusions, que je suis heureux de formuler, se rapprochent absolument de ce qui a été déjà observé par les différents médecins qui les ont essayées et de celles de MM. Richet et Héricourt eux-mêmes.

M. MOREL-LAVALLÉE. — Je ne puis laisser passer la communication si intéressante de M. Feulard sans prévenir que les injections de sérum de chien ne sont pas toujours supportées avec la même indifférence par tous les malades. J'ai fait un assez grand nombre de ces injections et j'ai pu observer des résultats fâcheux chez deux malades. L'un atteint déjà de troubles de dénutrition, alors qu'il ne présentait que des signes de début de tuberculose pulmonaire, rudesse expiratoire d'un côté ; l'autre souffrant d'une ostéo-myélite congestive, furent soumis à l'emploi de 2 c. c. de sérum. Il se produisit une urticaire massive, géante, ligneuse, au niveau du point injecté, qui dura une dizaine de jours et laissa des ecchymoses. Chez le deuxième, l'urticaire s'accompagna de dyspnée, d'hématurie et de congestions vers les épiphyses. A côté de ces deux résultats fâcheux, il faut placer quelques effets satisfaisants que j'ai pu constater dans d'autres cas, mais il faut savoir que le sérum peut ne pas être indifférent dans tous les cas.

RECHERCHES SUR LA TRICHORREXIS NODOSA,

Par M. le Dr PAUL RAYMOND.

Je désire faire part à la Société de quelques recherches que j'ai faites sur la trichorrexis nodosa et présenter quelques préparations de cette curieuse altération des poils. En examinant des femmes au spéculum, j'ai pu me rendre compte que cette altération est extrêmement fréquente aux poils des organes génitaux externes (je ne dis pas du pubis où cette lésion est, je crois, très rare) aux poils qui recouvrent les grandes lèvres notamment. En cet endroit, l'affection est si commune que je la dirai banale, estimant que sur cent femmes prises indistinctement il en est plus de quarante qui la présentent et que si l'on examine cent femmes grosses, ayant de l'intertrigo et ne prenant que peu de soins de leur personne on la trouve plus de soixante fois. Je puis donc dire d'ores et déjà que la trichorrexis nodosa que l'on considère comme une affection rare, se localisant aux poils de la barbe ou aux cheveux est au contraire une altération des plus fréquentes, qu'il faut chercher sur les poils des organes génitaux de la femme. Je fais cependant cette réserve que la trichorrexis, se montrera peut-être sur la barbe plus fréquente qu'on ne le dit lorsqu'on la voudra mieux rechercher. Dans les cas que j'ai en

vue, il s'agit bien de trichorhexis nodosa ainsi qu'en témoignent les poils que je fais passer sous vos yeux.

Je n'insiste donc pas sur les caractères de cette affection, tels qu'ils sont décrits dans les ouvrages, et je préfère appeler votre attention sur quelques particularités. Tout d'abord les petites nouures qui constituent cette altération pileuse, et qui ressemblent, selon la très juste expression de Erasmus Wilson à deux brosses réunies par leurs crins, ne représentent que la phase ultime de l'affection. Si l'on colore en effet par les couleurs d'aniline les poils atteints de trichorrexie, et qu'on décolore par la méthode de Gram, on remarque qu'indépendamment des nouures, il existe un grand nombre d'autres lésions et celles-ci constituent précisément les phases initiales. Pour ne pas abuser des moments de la Société, je serai bref sur toutes les descriptions qui seront développées ainsi qu'il convient dans un travail à paraître le mois prochain dans les Annales de Dermatologie. La lésion initiale est donc représentée, comme il est facile de le voir sur nos préparations, par une légère dépression, une érosion, un coup d'ongle qui intéresse la cuticule du poil. De l'épidermicule, la lésion s'avance vers la gaine moyenne et lorsque celle-ci est intéressée les fibrilles du poil se soulèvent sur tous les bords de l'érosion, tout à fait comme les feuillets d'un livre. La lésion progressant la substance médullaire est atteinte à son tour, et elle présente même un aspect assez curieux signalé d'ailleurs avant moi par MM. Schwimmer et Kohn.

La couche médullaire prend donc un aspect conique comme si elle était distendue par une substance liquide ou gazeuse.

A ce moment l'éclatement est à son plus haut degré ; la nouure est constituée. Quelle est donc la raison de cette érosion et par suite de cette nouure ? En examinant ces lésions avec un objectif à immersion, on voit qu'elles sont remplies de microbes. Ici, il faut s'entendre : il est bien évident que si on examine les nouures, on y trouvera des impuretés de tout ordre, retenues par l'intrication, par le feutrage des fibrilles du poil. M. Schwimmer a d'ailleurs parfaitement signalé ce fait. Aussi n'est-ce pas la nouure que j'ai en vue et cela d'autant plus qu'en ce point les microbes sur lesquels je vais insister semblent bien moins communs, comme s'ils ne trouvaient plus sur ces lésions terminales, le terrain nécessaire à leur vie et à leur développement. Je parle donc des érosions, de la phase initiale de l'altération du poil. C'est en ce point que j'ai toujours trouvé un diplocoque qui présente des caractères particuliers. C'est un diplocoque qui se rencontre sur tous les poils malades en nombre variable ; partout où j'ai trouvé une érosion initiale, j'ai trouvé des amas de ce diplocoque. Sur les autres poils des sujets examinés, je ne les trouvais pas, ou si je les trouvais, ils étaient alors extrêmement rares, ils existaient là comme par hasard.

Pour prouver enfin qu'il ne s'agissait pas là d'un parasite banal, j'ai déterminé sur moi-même des lésions de tricoptilose mécanique des poils

de la moustache, et après plusieurs semaines, les examinant, j'y trouvai bien des microbes, mais aucunement ceux que je décris. Ce diplocoque ne liquéfie pas la gélatine à 20°, il n'est nullement pyogène ni pathogène pour le cobaye. Mais il ne suffit pas de dire aujourd'hui que le microbe rencontré dans une affection quelconque est la cause de cette affection. J'ai donc tenté des cultures et des inoculations, et là commencent les véritables difficultés. Il est certain, en effet, qu'en raison du nombre de parasites qu'on trouve sur un poil, on a beaucoup de peine à les isoler. J'ai pu néanmoins obtenir des cultures de ce diplocoque, mais lorsque j'ai essayé de reproduire la trichorrexis sur le cobaye, ou même sur des poils mis à l'étuve, j'ai échoué. A vrai dire, ces résultats négatifs ne m'ont guère surpris, car il est une quantité de conditions de développement qui sont inconnues dans ces affections parasitaires. (Pour m'en tenir à la trichorrexis nodosa, par exemple, pourquoi la lésion ne se développe-t-elle pas aux poils du pubis, alors qu'elle est si commune aux poils voisins des grandes lèvres?)

Dans le même ordre d'idées, pourquoi cette affection si commune aux poils des organes génitaux de la femme ne l'est-elle pas au même degré chez l'homme? Je signalerai cependant ce fait qu'en examinant le mari d'une femme atteinte de trichorrexis, j'ai trouvé sur les bords du scrotum ces nodosités typiques que je vous présente. Je crois donc pouvoir annoncer, bien que je n'aie pas reproduit l'affection, que les microbes en question ne sont pas des micro-organismes banals et que c'est bien à eux qu'il faut attribuer les nodosités trichorrexiques. Est-ce à dire que c'est là un micro-organisme spécial? je ne le crois pas et certes, je l'ai trouvé parfois bien qu'isolé, sur des poils qui n'étaient pas malades. Je pense donc que ce microbe est assez commun et que dans certaines conditions à rechercher (chaleur, acidité, humidité par exemple), il peut sectionner le poil.

Jusqu'à présent, je n'ai parlé que de la trichorrexis des grandes lèvres : or, j'ai pu examiner deux cas de trichorrexis de la barbe, et je dois dire que si j'y ai trouvé un diplocoque, il est bien plus petit que celui que j'ai trouvé dans tous les cas que je viens de mentionner.

Néanmoins, par les cultures, j'ai pu constater que ce diplocoque se développait pour atteindre, ainsi que vous pouvez vous en convaincre, les dimensions du premier. Est-ce donc là le même microbe qui trouve dans le premier cas un terrain de culture qu'il ne trouve pas lorsqu'il se développe sur les poils de barbe : y a-t-il plusieurs microbes qui occupent le poil, je ne saurais le dire. Je ne puis d'ailleurs discuter toutes ces questions. Je tenais seulement à vous présenter mes préparations, lesquelles prouvent bien la réalité des faits que j'ai avancés : à savoir, les phases par lesquelles passent les lésions trichorrexiques et la présence constante des microbes dans ces lésions. A mon avis la notion du parasitisme doit se substituer à celle du trouble trophique admis jusqu'ici (1),

(1) On pourra voir aussi sur nos préparations qu'il n'y a aucune atrophie de la racine du poil.

J'espère que des recherches ultérieures viendront montrer que je ne me suis pas trompé.

RHINOSCLÉROME DURANT DEPUIS 18 ANS. LÉSIONS DU NEZ, DE LA LÈVRE SUPÉRIEURE, DU VOILE DU PALAIS ET DE SES PILIERS, DE L'ÉPIGLOTTE ET DU LARYNX. — ACCIDENTS DE SUFFOCATION, TRACHÉOTOMIE (1).

par M. VIDAL.

Madame X..., âgée de 35 ans, née à Lima (Pérou), habitant Buenos-Ayres depuis 16 ans, est venue en Europe pour se faire traiter d'une affection déjà ancienne qui a débuté par le nez et a envahi la lèvre supérieure. Elle m'est présentée le 20 mai 1886, par mon savant ami, M. le Dr Larrosa, ancien professeur à la Faculté de médecine de Buenos-Ayres. Notre consultation conclut au diagnostic de rhinosclérome.

Le père et la mère de M^{me} X... ont toujours été d'une bonne santé, ainsi que ses trois frères et ses trois sœurs. Elle a perdu un frère qui a succombé à l'âge de 27 ans, à une maladie du foie, contractée pendant la guerre entre le Pérou et le Chili.

Mariée depuis 17 ans, mère d'un fils de 16 ans très vigoureux, ayant toujours vécu dans les conditions de fortune les plus heureuses, elle n'a jamais été malade et actuellement encore, bien qu'elle soit nerveuse et très impressionnable, elle a conservé toutes les apparences de la vigueur et d'un état général très bon.

Elle avait 22 ans (il y a environ treize années) quand le rhinosclérome a commencé. Tout d'abord elle a senti dans la narine droite, assez haut, une sorte de bouton dur, non douloureux, mais permanent et augmentant progressivement. L'affection s'étendit à la cloison, l'ulcéra et gagna la narine gauche, puis, descendant graduellement, envahit la lèvre supérieure, y formant une tumeur aplatie, très dure, progressant lentement par l'extension de ses bords.

Le nez se déforma, grossit, s'élargit à sa base, devint bombé vers sa partie moyenne, à mesure que les cavités nasales se dilataient sous la poussée de la production néoplasique qui les remplissait.

Pendant les périodes menstruelles, la malade constate une congestion notable de la tumeur et parfois un peu d'hémorrhagie.

Il y a dix mois M^{me} X... consulta à Gênes le Dr Bruna qui diagnostiqua, dit-elle, un *lupus vulgaire* et conseilla un traitement chirurgical.

Le 15 août 1885, le Dr Caselli, dans une première opération racla l'intérieur des narines et du côté droit la cuillère tranchante ramena des fragments osseux. La tumeur de la lèvre fut enlevée par un profond raclage suivi d'une cautérisation.

L'induration ne tarda pas à se reproduire malgré des pansements avec la pommade à l'iodoforme et des applications de teinture d'iode; ces badigeon-

(1) Musée de l'hôpital Saint-Louis. Collect. générale n° 1178 (pièce moulée en juin 1886).

nages ont provoqué à plusieurs reprises des ulcérations qui ne duraient guère plus de trois ou quatre semaines.

Au mois d'octobre, deux mois après la première opération, le néoplasme obstruant de nouveau les cavités nasales, une nouvelle opération fut faite. La curette ramena encore de la narine droite de petits débris d'os.

L'état général restait très satisfaisant.

État actuel. — Quand je vis M^{me} X... pour la première fois, le 20 mai 1886, elle était en France depuis un mois et avait repris toutes les apparences de la meilleure santé. L'appétit était bon, le sommeil parfait et l'embonpoint avait notablement augmenté depuis que la malade avait quitté l'Italie.

Elle avait réussi à maintenir la perméabilité des narines en faisant des injections d'iodoforme en suspension dans de l'eau et en introduisant de longs tampons d'ouate. Elle badigeonnait la tumeur de la lèvre deux fois par jour avec de la teinture d'iode. Cette application était suspendue après sept jours pour être reprise après la chute des croûtes dont elle avait provoqué la formation.

Le 15 juin, avec M. le Dr Alfred Martin, nous constatons les lésions suivantes :

La lèvre supérieure est épaissie et indurée dans presque toute son étendue ; son induration s'étend en hauteur jusqu'au bord libre ; elle paraît creusée en cupule ; les bords forment une saillie arrondie, dépassant de plus de cinq millimètres le niveau de la peau saine.

Elle s'en distingue, sans transition, par sa dureté et sa coloration d'un rouge violacé. Sillonée de vaisseaux dilatés sur ses bords, elle est le siège, à sa partie moyenne, d'une desquamation blanchâtre très adhérente. De forme ovale, elle dépasse la largeur de la base du nez et a 4 centimètres et demi de diamètre transversal. Elle se continue sans ligne de démarcation avec le néoplasme de la sous-cloison et de l'orifice des fosses nasales.

Le nez est volumineux, bombé dans sa partie moyenne ; sa pointe semble être rétractée par la tumeur et s'abaisse vers la lèvre supérieure. La sous-cloison, la moitié inférieure du lobule, le pourtour des narines, les deux ailes du nez sont d'un rouge violacé tuméfiées, indurées, présentant, sur leurs bords surélevés au-dessus de la peau saine, des trainées rouges, rayonnées formées par des capillaires très dilatés. L'aile gauche est déformée par des cicatrices déprimées consécutives aux opérations antérieures.

Les narines sont perméables des deux côtés. Leur orifice est rétréci, mais cependant on peut voir la cloison, le plancher et la place que devraient occuper les cornets qui ont disparu et dont on ne voit même pas les traces. Il ne reste plus qu'un tube dont les parois sont épaisses, parfaitement lisses et d'un rouge livide. Il n'y a ni ulcérations, ni tubercules saillants.

La rhinoscopie postérieure est impossible à cause de l'atrésie de l'isthme du gosier dont l'ouverture forme un triangle très allongé à un angle supérieur aigu.

Le voile du palais est épaissi, induré. La luette a disparu. Les piliers sont tendus et plissés verticalement. On voit à l'union des piliers antérieurs et postérieurs gauches, une portion de tissu blanchâtre et induré, d'un aspect tendineux de 3 millimètres de longueur sur 2 de largeur. A droite, la partie supérieure du pilier postérieur offre seule cet aspect. Les mouvements sont conservés avec un peu de raideur.

Sur la partie médiane de l'épiglotte légèrement épaissie, et sur son bord supérieur, on voit une très petite induration, grosse comme un grain de chènevis, de tissu blanchâtre, d'aspect tendineux, semblable aux lésions des piliers.

Le cartilage arythénoïde droit est un peu épaissi, induré, aussi la corde vocale correspondante ne fonctionne pas librement, et il y a en conséquence, un certain degré de raucité de la voix.

Le reste du larynx est normal.

Le diagnostic de rhinosclérome fut confirmé à l'unanimité, dans une consultation pour laquelle je réunis MM. les professeurs Cornil, Fournier, Hardy, Verneuil, Larrosa, mon collègue le Dr Besnier et M. le Dr Alfred Martin.

Ce fut aussi le diagnostic du professeur Kaposi de Vienne, auquel j'adressai la malade et qui la traita pendant trois mois. Elle retourna en Amérique à la fin d'octobre de la même année (1886).

Les lésions du larynx continuèrent à progresser et la menace d'asphyxie obligea à faire la trachéotomie au mois de juin 1889.

J'avais eu des nouvelles par le Dr Larrosa en janvier 1890 et j'ai appris par lui, ces jours derniers, que la malade trachéotomisée depuis deux ans, résistait encore à son rhinosclérome durant actuellement depuis 18 ans.

Cette observation est un exemple bien démonstratif de la longue durée du rhinosclérome, de son peu de tendance à la généralisation et de la possibilité de conservation d'un bon état général, malgré des lésions relativement considérables de cette néoplasie.

ÉLECTION. — Au cours de la séance, M. le Dr Louis Török (de Budapesth) a été élu membre *correspondant étranger*.

SÉANCE SUPPLÉMENTAIRE

Une séance supplémentaire est votée pour le Jeudi 23 juillet 1891.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU JEUDI 23 JUILLET

Présentation de malades.

M. BESNIER. — Séborrhée concrète généralisée, avec état mental.

Election de membre titulaire.

Candidat : M. le Docteur CLÉMENTEAU DE LA LOQUEBIE, de Nantes

Communications.

M. HUMBERT. — De l'excision du chancre syphilitique.

M. RICHARDIÈRE. — De l'éléphantiasis nostras.

M. MOREL-LAVALLÉE. — Un cas de maladie de Weir-Mitchell.

M. ARNOZAN, de Bordeaux. — Un cas de pseudo-pelade disséminée.

M. VIENNOIS, de Lyon. — De l'amputation spontanée des orteils chez les syphilitiques par un processus ulcéreux, phagédénique, térébrant.

M. JACQUET. — Note sur un cas de lichen plan traité par l'hydrothérapie.

M. BARTHÉLEMY. — Note sur la névrite du zona.

SÉANCE DU 23 JUILLET 1891

Présidence de M. Ernest Besnier.

SOMMAIRE. — Stéatorrhée généralisée avec lypémanie (séborrhée concrète généralisée névropathique), par M. ERN. BESNIER. — Un cas de vitiligo probablement symptomatique d'une maladie d'Addison, par M. ALB. MATHIEU. (Discussion : MM. VIDAL, E. BESNIER.) — Pseudo-pelade avec plaques achromateuses et plaques hyperchromateuses, par M. X. ARNOZAN. — Un cas d'érythromélagie (maladie de Maurice Raynaud et maladie de Weir Mitchell), par M. A. MOREL-LAVALLÉE. — De l'amputation spontanée des orteils chez les syphilitiques, par un processus ulcéreux, phagédénique, térébrant, par M. VIENNOIS. — Sur un cas de mycosis fongoïde avec érythrodermie caractéristique et adénopathies localisées, par M. H. HALLOPEAU. (Discussion : MM. E. BESNIER, VIDAL.) — Note relative à l'histoire de la syphilide dite pigmentaire, par M. A. RENAULT (Discussion : MM. VIDAL, HALLOPEAU, FEULARD, BALZER, E. BESNIER, DE BEURMANN.) — Érythème papuleux anormal, par M. H. HALLOPEAU. — Éruption bromurique polymorphe chez une femme de cinquante ans, par M. MARTY. — Vergetures des membres inférieurs pendant la convalescence d'une dermatite exfoliative, par M. DU CASTEL. — Un cas de lichen plan traité par l'hydrothérapie, par M. L. JACQUET. (Discussion : MM. E. BESNIER, MOREL-LAVALLÉE et A. MATHIEU.) — A propos de la névrite du zona, par M. BARTHÉLEMY. — De l'excision du chancre syphilitique, par M. HUMBERT. (Discussion : M. BARTHÉLEMY.)

STÉATORRHÉE GÉNÉRALISÉE AVEC LYPÉMANIE (SÉBORRHÉE CONCRÈTE GÉNÉRALISÉE NÉVROPATHIQUE),

Par M. ERNEST BESNIER.

J'ai souvent insisté, en présentant dans mes conférences cliniques des malades atteints de stéatorrhée localisée ou généralisée, sur les rapports de l'hyperexcrétion graisseuse avec un état névropathique central, ou avec des lésions nerveuses localisées aux parties atteintes.

La malade que j'ai l'honneur de vous présenter offre un cas typique de la forme névrotrophique centrale, la stéatorrhée est généralisée, et il existe un état mélancolique avec crises et refus de nourriture. La maladie a débuté à la suite de malheurs cruels et de souffrances de misère.

Tout entier le masque est mélancolique ; la disposition de la chevelure, le regard, tout est concordant.

Sur la face, lieu d'élection, sur une grande partie du tronc et des membres on trouve un enduit jaune sale, gras et onctueux au visage, plus ou moins sec et noirâtre sur les membres et sur le tronc. L'observation ci-jointe recueillie par mon interne M. Leredde en précise nettement les détails.

Le système sébacé est sans doute un des facteurs principaux de la production grasseuse, mais le système sudoral y prend une part certaine, car on rencontre la sécrétion grasseuse jusqu'à la région plantaire, et la malade exhale par-dessus tout une odeur sudorale. Je dis donc *stéatorrhée* et non pas seulement *séborrhée*.

Un dernier mot. Cette forme ne se confond pas avec les séborrhées dépilantes limitées au système sébacéo-sudoral des régions pilaires. Sur le cuir chevelu, la desquamation est sèche et les cheveux tiennent bien. Sur les sourcils, la sécrétion grasse est abondante et cependant il n'y a pas d'alopécie.

Le pronostic de cette affection est lié, à mon sens, à celui de l'état lypémanique qu'il y a lieu de traiter d'abord. Localement, je me propose d'avoir recours au savon de naphthol, aux bains de tanin, aux bains boratés et à l'emploi graduel de la pommade pyrogallique.

X..., 47 ans, ménagère. Hôpital St-Louis, salle Alibert, n° 4. Entrée le 10 juillet. Depuis le milieu de l'année 1889, à la suite de causes sur lesquelles nous reviendrons, la malade présente des lésions cutanées généralisées, mais prédominant à la face, à la partie inférieure du tronc et aux membres supérieurs.

Dans les points où elle atteint son maximum, la lésion est constituée par des croûtes superficielles étalées à la surface de la peau et formant une masse cohérente. Ces croûtes sont d'une couleur jaune sale. Quand on les enlève, on remarque qu'elles n'ont qu'une adhérence très modérée. Elles sont d'une mollesse extrême et se plient en tous sens sans la moindre difficulté, elles sont petites et les plus grandes n'ont pas même un centimètre carré. Leur dernier caractère essentiel est la sensation huileuse qu'elles donnent au toucher : quand on a légèrement frotté leur surface du doigt, il y reste une quantité appréciable de graisse.

Ces croûtes sont légèrement incrustées dans la peau, qui au-dessous d'elles est un peu plus rose que normalement, lubrifiée par la graisse et luisante.

Dans les points où les lésions s'atténuent, leur couleur devient de plus en plus sale, elles sont de plus en plus superficielles et minces, moins grasses, et en certains endroits on ne peut les distinguer de la crasse que présente abondamment la malade.

Les lésions recouvrent (à l'entrée de la malade), la face entière, le nez dans toute son étendue, le front, les joues et le menton, respectant seulement, au premier abord, la région péri-oculaire et la région péri-buccale sauf la lèvre supérieure où la confluence des croûtes est la même que sur le nez.

Cependant quand on examine de plus près les paupières et la lèvre inférieure

on y trouve quelques croûtes très discrètes. On peut donc dire qu'il s'agit d'une lésion généralisée de la face, moins accentuée seulement en quelques points.

Les croûtes ont leur plus grande abondance dans les plis de la peau, le sillon naso-labial en particulier, entièrement dissimulé par la sécrétion grasse.

Il n'y a pas de modification des sourcils ni des cils: Ils sont moyennement adhérents et d'abondance suffisante. Entre les cils, on trouve quelques croûtes sébacées semblables à celles de la peau.

Rien de particulier à l'intérieur des fosses nasales, jamais la malade n'y a eu de croûtes. Rien non plus dans la cavité buccale, mais sur la surface muqueuse extérieure des lèvres il se forme continuellement des croûtes adhérentes que la malade arrache.

Les cheveux sont abondants, solides et noirs. Le cuir chevelu présente une abondante sécrétion séborrhéique sèche dont les débris parsèment la tête. Quand on vient à gratter la peau du cuir chevelu, on fait apparaître une quantité plus grande de squames séborrhéiques.

Dans les oreilles, quelques croûtes se trouvent au fond des sillons, croûtes grasses et peu adhérentes, et surtout dans le sillon rétro-auriculaire. Au cou elles sont déjà plus rares, elles prennent l'aspect d'une sécrétion grasse, sale.

À la face postérieure du cou, la peau est absolument normale.

Il en est de même à la face postérieure du dos, sauf au niveau de la région interscapulaire où la peau présente une légère desquamation pityriasique grasse.

Sur la face antérieure du thorax, au-dessus des seins, les croûtes redeviennent très abondantes, presque confluentes. Elles sont épaisses et moins grasses qu'à la figure, se moultent dans les plis de la peau qu'elles exagèrent et sur les parties latérales deviennent de plus en plus discrètes, de sorte qu'il n'y a pas de limite tranchée entre les parties malades et les parties saines.

Les lésions s'arrêtent un peu au-dessous de la limite supérieure des seins, mais respectent totalement la région inter mammaire.

Au niveau du mamelon, on constate une auréole large qui n'a rien de surprenant chez une femme brune; mais dans la cavité formée par le mamelon rétracté existent des squames grasses, épaisses, pigmentées en noir. Enfin, au-dessous des seins, on voit des croûtes grasses occupant exactement la ligne du pli sous-mammaire.

Sur le tronc, l'ombilic est la seule région qui soit encore atteinte. La cavité de l'ombilic est presque remplie de squames très épaisses, noires. Toute la zone voisine est recouverte de croûtes jaunes qui s'étendent vers les flancs, donnant l'apparence d'un losange effilé dont le grand diamètre irait d'une épine iliaque à l'autre.

Sur le reste de l'abdomen, au-dessous de l'ombilic, la peau présente simplement un aspect sale avec desquamation au grattage.

Le sillon ano-génital et le sillon interfessier n'offrent rien de spécial.

Aux membres supérieurs, on retrouve les lésions fondamentales, surtout à la face antérieure; mais nulle part, sauf dans le pli du coude et les aisselles, les croûtes ne sont aussi épaisses qu'à la figure.

Sur la face postérieure, au niveau des bras où il y a aussi un peu de xéro-

dermie pilaire, les croûtes sont sèches, minces et ne donnent pas de sensation huileuse.

A la face postérieure de l'avant-bras gauche, la peau prend une apparence sale, due sans doute à la maladie, car, au grattage, il se fait une desquamation et sur les bords le tout se continue avec les lésions de la face antérieure. Aux membres inférieurs, les lésions sont encore plus discrètes. A la face interne des cuisses, l'aspect est le même que sur les bras, c'est-à-dire que la peau est couverte de squames superficielles, sèches et jaunâtres. A la face dorsale du pied et à la face plantaire, il existe une sécrétion grasse, sale, dont les rapports avec la maladie sont incertains.

Les caractères de cette séborrhée généralisée ont toujours été les mêmes depuis le début. La malade a d'abord remarqué une desquamation au niveau des lèvres, mais il semble qu'à ce moment les bras et le sillon sous-mammaire aient été pris très rapidement. Quant à la figure elle était rouge, et la malade pendant plusieurs semaines a cru avoir un érysipèle. Puis les lésions se sont étendues peu à peu, et depuis un an, la peau est dans l'état où on la trouve à l'entrée de la malade à l'hôpital.

Elle n'a fait à vrai dire aucun traitement; un médecin lui a conseillé de nettoyer la peau avec de la glycérine, mais craignant d'aggraver sa situation, elle a fini par ne plus se laver et actuellement il y a un an qu'elle n'a passé d'eau sur la figure et le corps.

C'est une femme de 45 ans, grande, forte. Elle habite l'Auvergne où elle est née.

Sa santé générale est parfaitement bonne, on ne trouve aucun trouble viscéral, les urines sont normales.

Mais elle présente une sensibilité particulière, pleure facilement, ne veut pas se laisser examiner et recherche l'ombre, se couvrant habituellement la tête et les yeux d'un fichu.

L'enquête faite sur les antécédents de la malade donne des renseignements intéressants.

Son père et sa mère sont morts, elle ne sait de quoi. Il semble que sa mère ait présenté des attaques d'hystérie, de temps en temps une boule lui montait à la gorge, quand elle était contrariée, elle se mettait à pleurer et étouffait.

Elle a six frères et sœurs, bien portants; chez aucun d'eux, non plus que chez les oncles et les tantes, il n'y a pas de trace d'épilepsie, d'aliénation mentale, d'idiotie.

La malade elle-même a eu la variole en 1870. A la suite de cette variole, il n'y a pas eu de lésions cutanées semblables à celles qui existent actuellement. Elle n'a jamais eu d'autre maladie générale, ni d'affection cutanée. Elle a eu un enfant mort à 18 mois. Elle est bien réglée.

Elle était autrefois très gaie, ne souffrait de rien, n'avait pas d'attaques de nerfs.

Mais il y a deux ans, elle a perdu son mari, malade depuis 24 ans. Elle a eu beaucoup de chagrins, sa famille l'a abandonnée, elle a souffert de la misère et est devenue de plus en plus sourde. Six mois après la mort de son mari, la maladie de peau a commencé. Elle est tombée dans une tristesse affreuse, restant indéfiniment au lit, parlant peu et à regret; à plusieurs reprises elle a refusé de manger, une fois pendant vingt-trois jours, dit-elle. Et enfin, depuis

le début de sa maladie, elle ne sort plus. En somme, elle a présenté les signes essentiels de la mélancolie, mais sans délire, sans hallucinations et sans illusions.

De temps en temps elle avait des palpitations, une sensation de boule, mais pas d'attaques réelles d'hystérie (du reste on ne trouve actuellement aucun stigmate hystérique).

20 juillet. La malade, à son entrée, a refusé de manger pendant 2 ou 3 jours ; elle restait dans son lit, ne parlant pas, la figure couverte. Puis elle s'est mise à manger un peu et maintenant on peut en tirer quelques mots. Elle répond d'une manière parfaitement raisonnable, mais pleure au moindre prétexte.

UN CAS DE VITILIGO PROBABLEMENT SYMPTOMATIQUE D'UNE MALADIE D'ADDISON,

Par M. ALBERT MATHIEU.

Le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société est un Italien âgé de 38 ans, qui exerce la profession de journalier ; dans ces derniers temps, il était homme de peine dans une fabrique de papier, mais il a pendant assez longtemps travaillé dans une raffinerie, ce qui, dans le cas présent, n'est pas une circonstance indifférente.

Cet homme est atteint de vitiligo ; il suffit de jeter les yeux sur lui pour le reconnaître : sur le tronc et les membres on voit des zones cutanées, de dimensions variables, généralement arrondies, très blanches, dépourvues de pigment, tandis que la peau avoisinante se fait au contraire remarquer par sa pigmentation exagérée, par une coloration plus foncée que celle que l'on observe habituellement en cas semblable. Il y a donc là les deux éléments de dyschromatose caractéristiques du vitiligo vrai, la dépigmentation de la peau sur certains flots plus ou moins irrégulièrement arrondis et sa pigmentation excessive en dehors et surtout au voisinage des zones décolorées.

Les taches blanches sont les unes symétriques, les autres médianes ou asymétriques. Sur quelques points on trouve que ces taches blanches se correspondent exactement du côté droit au côté gauche. C'est ainsi par exemple que la face palmaire des mains est complètement, totalement décolorée des deux côtés ; c'est ainsi encore que deux larges plaques blanches existent au même niveau, avec la même étendue à la partie inférieure de la jambe, au cou-de-pied. Mais il est facile de trouver bon nombre de taches qui ne sont nullement symétriques : il est donc difficile d'invoquer ici le parallélisme partiel des lésions à gauche et à droite comme un argument en faveur de leur origine névropathique.

Ce qui frappe surtout dans le cas présent, c'est l'intensité excessive de

la pigmentation de la peau, sur certaines régions surtout. La peau des membres et de la face est bronzée; la partie inférieure de l'abdomen est plus foncée, celle du scrotum davantage encore; quant à la verge, il semble qu'elle ait été badigeonnée avec du nitrate d'argent.

Le vitiligo serait-il donc ici symptomatique d'une maladie d'Addison en voie d'évolution? La chose a été vue déjà à plusieurs reprises (Eichhorst).

L'histoire rétrospective du malade ne donne pas à cet égard de renseignement caractéristique.

C'est un Italien, âgé de 38 ans, qui aurait eu autrefois de la fièvre intermittente dans son pays. Il déclare avoir eu toujours la peau fortement pigmentée. Il aurait toujours été aussi coloré qu'il l'est maintenant. On peut penser qu'il ne s'observait pas avec beaucoup d'attention. Les premières taches blanches de vitiligo se sont montrées en 1882; en 1889, elles auraient pris une plus grande extension. Il est bon de noter qu'à cette époque, il travaillait dans une raffinerie, exposé à une température élevée, vêtu seulement d'un pagne qui couvrait le bassin. On sait que les ouvriers des raffineries présentent souvent une pigmentation cutanée exagérée. Il est difficile de croire cependant que cette cause extérieure ait pu à elle seule provoquer l'apparition d'une teinte bronzée si marquée, surtout aux organes génitaux.

Le 22 juin il entra à l'Hôtel-Dieu (Annexe) avec les signes d'une broncho-pneumonie arrivée à sa fin; râles de bronchite, disséminés, foyers de râles sous-crépitaux aux bases, crachats rouillés. Il se rétablit assez rapidement, la fièvre tomba. Cependant il a continué à tousser et à cracher.

A cette époque, il avait de la diarrhée et avait l'air profondément débilité. Il avait notablement maigri depuis quelque temps.

La diarrhée a disparu, il n'a pas de vomissements. Il mange beaucoup, avec appétit et digère bien.

A l'auscultation, on constate de la submatité dans la fosse sus-épi-neuse droite, la respiration est rude, inspiration et expiration. L'expiration est prolongée. Il y a un retentissement exagéré de la voix. En avant sous les deux clavicules, rudesse de la respiration, surtout à droite.

L'expectoration, peu abondante, renferme des bacilles tuberculeux.

C'est là, avec la pigmentation noire de la verge, un argument en faveur du complexe addisonien.

Toutefois on ne trouve de tache noire ni dans la bouche, ni sur les conjonctives. Le voile du palais présente une teinte jaune fauve parfaitement appréciable.

Le diabète n'a rien à voir ici, les urines ne renfermant ni sucre ni albumine. Faut-il faire intervenir la fièvre intermittente qu'a présentée le malade dans sa jeunesse? Ce serait sans doute une explication insuffisante de la dyschromatose qu'il présente.

Il y a dix ou douze ans que le malade n'a pas eu d'accès de fièvre intermittente. Cependant la rate est notablement augmentée de volume ; la matité splénique est nettement appréciable dans une zone de 10 à 12 centimètres de diamètre. Le foie n'est pas sensiblement hypertrophié.

Si l'on recherche les phénomènes nerveux que l'on a signalés quelquefois chez les individus atteints de vitiligo et chez les addisoniens, on trouve bien peu de chose.

Depuis l'âge de 18 ans, le malade est sujet à des douleurs dans l'abdomen et dans les reins. Depuis 5 ans, il éprouve fréquemment des crampes dans les mollets, faut-il en accuser un léger degré d'alcoolisme ?

Il n'y a pas d'anesthésie, soit au niveau, soit en dehors des plaques de vitiligo. Les réflexes rotuliens sont conservés, le champ visuel non rétréci ; à noter seulement l'anesthésie du pharynx que l'on peut titiller avec insistance sans provoquer de réflexe nauséeux.

En somme, malgré l'absence des phénomènes de dyspepsie gastro-intestinale, et de l'anémie intense souvent observés dans la maladie d'Addison, à cause des lésions tuberculeuses du poumon, et de l'excessive hyperpigmentation des organes génitaux, je tends à penser qu'il s'agit ici d'un cas de vitiligo chez un malade atteint de maladie d'Addison.

La faiblesse très grande que présente encore le malade, faiblesse qui n'est en rapport ni avec l'étendue des lésions pulmonaires, ni avec l'intensité de la fièvre, à peu près nulle actuellement, est dans ce sens un argument de grande valeur. Le malade a de la peine à descendre de la salle dans le jardin, et surtout à remonter du jardin dans la salle.

Il se lève donc ici une importante question de diagnostic et de pronostic, et, au lieu d'avoir affaire à un vitiligo inoffensif, on se trouverait en présence de la maladie bronzée, dont on connaît le pronostic.

En terminant, je ferai remarquer combien il serait curieux de voir le vitiligo précéder pendant des années l'apparition du complexus addisonien.

M. VIDAL. — Il est rare de voir le vitiligo présenter une intensité de coloration aussi considérable. C'est cependant bien la dyschromie symptomatique du vitiligo, avec ses plaques multiples d'achromie entourées d'hyperchromie. L'absence de taches pigmentées sur la langue et la muqueuse buccale est aussi un argument contre le diagnostic de maladie d'Addison.

M. ERN. BESNIER. — Il est difficile de reconnaître s'il s'agissait bien du vitiligo, dans les descriptions de la plupart des auteurs qui emploient cette expression dans le cours d'une observation de maladie d'Addison. Dans le cas actuel, on ne peut nier son existence, car on constate les deux modifications de la pigmentation cutanée qui le constituent, d'une part

l'hyperchromie et d'autre part l'achromie, associées l'une à l'autre. Il est plus difficile de savoir s'il s'agit bien réellement d'une maladie d'Addison associée au vitiligo : l'absence de pigmentation des muqueuses tend à infirmer le diagnostic de cachexie surrénale, mais ne peut le faire rejeter absolument.

M. MATHIEU. — Ce malade ne présente pas, il est vrai, de pigmentation sur la muqueuse bucco-pharyngée, mais il en a sur le prépuce.

M. ERN. BESNIER. — Au point de vue pathologique de même qu'au point de vue anatomo-physiologique, je considère le prépuce et le gland comme des surfaces cutanées et non comme des revêtements muqueux.

PSEUDO-PELADE AVEC PLAQUES ACHROMATEUSES ET PLAQUES HYPERCHROMATEUSES,

Par M. X. ARNOZAN.

Dans la séance du 3 avril de la Société de Dermatologie, M. Hallopeau a étudié un cas fort intéressant sous le titre de : angio-névrose avec alopecie pseudo-peladique et troubles de pigmentation.

Cette observation m'a remis en mémoire un fait, sinon analogue, au moins comparable, que j'avais eu occasion de voir il y a quelques années, et sur lequel j'avais recueilli quelques notes dans la seule visite que me fit le malade. Je n'avais su comment dénommer cette affection complexe, et c'est justement l'embarras où je me trouvais qui m'avait déterminé à en prendre immédiatement l'observation.

J. C..., âgé de 45 ans, tailleur de pierres, né à Castres (Gironde).

Dans ses antécédents de famille, nous relevons le fait suivant que nous consignons sans avoir pu le contrôler : une de ses sœurs aurait eu les cheveux blancs dès sa quatorzième année, et ceux-ci seraient ultérieurement redevenus noirs.

Dans ses antécédents personnels, nous trouvons une insolation, il y a douze ans, suivie de phénomènes cérébraux graves (délire, coma, etc.), une plaie de tête assez importante, il y a huit ans, de nombreux excès de coït, dont le malade se repose aujourd'hui, des coliques fréquentes, des douleurs lombaires assez violentes pour lesquelles le sujet a fait avec succès deux saisons à Dax.

L'affection actuelle a débuté insidieusement. Depuis 9 ans environ, il a constaté sur le bras gauche l'existence d'une plaque blanche ; puis il y a cinq ans, sans douleur ni démangeaison il a vu se former au milieu de la barbe, près du menton, une plaque glabre, des taches blanches ont paru sur

les doigts, puis sur divers points du corps ; enfin les cheveux ont commencé à tomber, la tête s'est complètement dégarnie, sauf en arrière ; et après des frictions longtemps répétées, les cheveux ont repoussé en partie ; mais au lieu d'être noirs comme autrefois, ils ont repoussé blancs.

Etat actuel (juin 1889). — Tout le corps du malade est parsemé de plaques blanches, distribuées d'une façon régulièrement symétrique, avec cette simple réserve qu'elles sont un peu plus développées sur les membres gauches en avant et sur les membres droits en arrière. Ces taches ont des dimensions variables ; en général elles sont très étendues, grandes comme la paume de la main, mais on en trouve aussi de plus petites. Leurs contours sont assez nets, bien limités par des surfaces brunes hyperpigmentées qui se joignant les unes aux autres constituent pour le reste de la peau une teinte uniformément foncée. Ces plaques blanches ont une blancheur parfaite ; mais elles se colorent facilement en rose sous l'influence de la congestion sanguine ; elles ne présentent aucun trouble de sensibilité ni au contact, ni à la piqure. Le malade déclare que la sueur se forme à leur surface comme sur les parties voisines. Il déclare aussi *qu'en hiver elles deviennent très peu apparentes*, sans doute en recouvrant en partie leur coloration naturelle, car il affirme en même temps que les surfaces brunes ne paraissent pas présenter de variation de teinte. Sur les parties brunes de la peau, tous les poils sont noirs ; sur les taches blanches, les uns sont noirs, les autres sont blancs. Les ongles ne sont pas altérés. Sur la tête, le cuir chevelu décoloré se distingue nettement de la peau brune de la face. En avant les cheveux sont blancs et très rares ; ils manquent sur de grandes étendues, mais ne constituent pas de plaques alopéciques bien nettement limitées. En arrière les cheveux sont plus clairsemés encore, mais ils se mélangent de quelques cheveux noirs. Les orifices pilaires sont très facilement visibles ; il n'y a ni desquamation, ni séborrhée, ni épaissement de la peau, ni douleur ni trouble de la sensibilité.

Les poils sont peu adhérents et viennent facilement à la pince, avec des gaines un peu gonflées. La barbe est aussi ravagée que la chevelure.

La santé générale est excellente : bon appétit, soif peut-être un peu exagérée ; sommeil paisible, quelquefois interrompu par des crampes dans les cuisses et les mollets.

Deux ordres de phénomènes sont surtout remarquables chez le malade dont je viens de retracer l'histoire : 1° la chute des poils, simulant la pelade, mais ne réalisant pas complètement ce genre d'alopécie ; 2° les désordres de la pigmentation, amenant la formation de plaques achromiques avec coloration brune exagérée à l'entour de ces plaques.

Ces phénomènes-là, nous les retrouvons également dans l'observation de M. Hallopeau. Nous voyons aussi chez les deux malades, les plaques décolorées recouvrer partiellement leur pigmentation normale à certains moments ; nous voyons aussi les poils repousser blancs sur les taches achromiques. Chez mon malade, il n'y a ni anesthésie, ni troubles vasomoteurs très marqués, bien que j'aie noté la facilité avec laquelle rougissaient les surfaces dépigmentées. Les troubles nerveux sont donc objec-

tivement moins développés. Est-ce à dire que le système nerveux ne joue pas un rôle important dans la pathogénie de l'affection ? Je ne crois pas qu'on puisse le faire. Le malade a présenté, peu avant le début de son mal, des troubles cérébraux graves (insolation et traumatisme crânien) ; et nous savons d'autre part que le vitiligo est souvent une de ces dermatoses révélatrices (Leloir) qui décèlent à leur début des maladies du système nerveux central ou périphérique. Aussi, si le nom d'angionévrose ne peut s'appliquer à mon cas, du moins pourrait-il mériter celui de trophonévrose. Mais en l'absence de toute constatation biopsique ou nécropsique, il vaut mieux s'abstenir de discuter plus longtemps de simples hypothèses, et se borner à enregistrer le fait qui pourra servir ultérieurement à des travaux plus complets.

UN CAS D'ÉRYTHROMÉLALGIE. (MALADIE DE MAURICE RAYNAUD ET MALADIE DE WEIR MITCHELL)

Par M. A. MOREL-LAVALLÉE.

J'observe en ce moment une demoiselle de 58 ans atteinte depuis plus de 22 années de la maladie de Weir Mitchell.

Elle ne se connaît pas de maladie antérieure et ne sait à quoi faire remonter l'origine de son affection, ayant d'ailleurs quitté toute jeune sa famille. Elle n'est pas à proprement parler nerveuse, bien que très accessible à la peur. Dans son enfance, elle paraît avoir eu assez fréquemment de la migraine ophthalmique, disparue depuis lors. Étant apprentie, elle aurait eu les mains et les pieds gelés (?) ; toujours est-il que depuis son jeune âge elle a les extrémités très sensibles au froid, dont elle souffre huit mois de l'année, ayant tout l'hiver des engelures, et éprouvant alors dans les doigts des fourmillements, des engourdissements, de l'onglée, voire de l'asphyxie locale. Ouvrière de profession, elle sent souvent, en maniant l'aiguille, ses doigts se refroidir, s'engourdir, sauf quand elle s'occupe aux travaux du ménage, qui demandent un exercice plus actif.

Quelque temps avant la guerre de 1870, elle vit à plusieurs reprises ses mains se couvrir de plaques rouges et turgides, puis insensiblement elle en arriva à l'état actuel. Elle n'éprouva jamais aux mains ni douleurs ni troubles fonctionnels bien appréciables ; aussi lui est-il impossible de préciser le début exact de cette *période d'état*.

Voici ce que nous avons observé au PRINTEMPS dernier, c'est-à-dire par la température moyenne du climat parisien : au moment des repas, au bout d'un temps variable, les mains de cette femme deviennent, en quelques minutes, d'un rouge uniforme, en nappe, cramoisi, vermillon même.

En même temps elles augmentent de volume, se boursouflent, et les creux des espaces interdigitaux sont remplacés par des mamelons turgides comme si on avait fait dans les tissus une injection avec une solution carminée

chaude. Il n'y a pas et n'y a jamais eu, ni avant, ni pendant, ni après l'accès la moindre sensation douloureuse, mais seulement un sentiment de plénitude, de tension pulsatile, et de chaleur perceptible pour tout le monde. La sensibilité reste, pendant comme après la crise, normale dans tous ses modes, il n'y a pas de maladresse des mouvements, la préhension d'objets métalliques ne cause aucun froid douloureux.

Au bout d'une vingtaine de minutes, quand la malade se lève de table et passe à l'air, tous ces phénomènes se dissipent, et la rougeur, restée le plus souvent rigoureusement segmentaire et limitée au poignet, disparaît rapidement.

Une forte chaleur extérieure reproduirait aisément de semblables crises, mais, lors du printemps, elles n'avaient guère lieu qu'au moment des repas; lorsqu'elles atteignaient leur summum d'intensité, on voyait également virer au pourpre la peau des régions malaires et des oreilles et cela d'une façon absolument symétrique.

Pendant les grosses chaleurs de l'été, les mains, dans la position déclive qui leur est naturelle, ne perdent jamais complètement la teinte rouge pseudo-érysipélateuse, qui ne disparaît qu'artificiellement, quand la malade lève les bras en l'air. En revanche, les paroxysmes semblent moins intenses. Au reste, la patiente n'en est que médiocrement incommodée.

Lors des grands froids de l'hiver, les mains (et les pieds) sont perpétuellement glacés, violacés, frappés d'engelures et parfois de syncope locale. Tout lavage à l'eau froide serait impossible. Mais, même à ce moment, si cette dame vient à aller dans un endroit chaud ou à faire un travail plus actif de ses doigts, ou à manger copieusement, les crises de tuméfaction rouge, dit-elle, se produisent, et la rougeur pseudo-phlegmoneuse succède in situ à l'algidité livide ou à la teinte cireuse du doigt mort.

Ainsi, tuméfaction congestive des extrémités avec rougeur cramoisie; — intermittente dans les températures moyennes, continue avec paroxysmes dans l'été, alternant avec l'algidité vasostrictive pendant l'hiver, tel est l'ensemble symptomatique que présente notre malade, mais rien autre.

Il n'y a *aucune douleur*, pas de troubles trophiques ni sensitifs (seulement sensation, ou mieux perception consciente et gênante de l'élévation thermique), pas d'amaigrissement, ni de parésies musculaires, ni de crampes, ni de fourmillements d'aucune sorte liés à la tuméfaction rouge.

En revanche les crises algides de l'hiver produisent toutes les sensations douloureuses usuelles du doigt mort. Aucun trouble de la vue, ni de l'ouïe, pas de céphalée, aucune douleur viscéralgique ou autre, pas de bouffées de chaleur généralisées; — intégrité des réflexes rotuliens et brachiaux. Les réactions électriques des muscles n'ont pu être recherchées, ni les différences thermiques, — la malade n'étant pas notre cliente et n'ayant pas permis un examen plus prolongé. L'urine ne contient ni albumine ni sucre.

Fonctionnellement, la malade est fort peu gênée, aussi est-il difficile de reconstituer son histoire pathologique, au moins dans ses détails. Toujours est-il qu'il y a 12 ans elle aurait eu pendant plusieurs jours aux pieds une crise douloureuse qu'un médecin qualifia de *goutte*, et qui disparut au bout de 3 semaines et évolua de la façon suivante: elle fut prise un jour subitement, en marchant, d'une douleur au gros orteil gauche qui la força de s'arrêter; le

doigt était énorme et tout rouge ; au bout de quelques jours, cela disparut et passa au gros orteil droit, puis aux talons. Ces phénomènes, exaspérés par la marche, soulagés par le repos, n'empêchèrent cependant pas cette dame de vaquer à ses occupations. — Depuis lors, la maladie respecta presque entièrement les pieds.

M^{lle} X... nous dit bien que les pieds étant pendants, l'acte seul de les exposer à l'air libre les fait ordinairement rougir et gonfler, mais nous n'avons réussi par ce moyen qu'à amener sur la face dorsale du pied et de la jambe une teinte rosée diffuse analogue comme ton à l'« *érythème pudique* ». Vers la cheville seulement se sont dessinées une ou deux petites saillies mamelonnées.

Il y a 3 ou 4 ans c'était l'époque de la ménopause : auparavant, les crises congestives, exagérées dans la phase prémenstruelle, étaient manifestement diminuées et soulagées pendant l'hémorrhagie génitale. Au moment de la ménopause, M^{lle} X... éprouva des vertiges, des bouffées de chaleur, et c'est de cet instant que date l'apparition sur les joues de deux plaques de couperose ou de télangiectasie érythémateuse, absolument symétriques, qui se tuméfient et se foncent pendant les accès, et sont dans les chaleurs le siège d'un prurit intense. A peu près à cette date la malade éprouva les douleurs des talons si usuelles dans l'affection dont elle souffre, mais qui durèrent peu ; en même temps débutèrent les altérations des ongles aujourd'hui constatables aux mains, et qui y sont les seuls stigmates dystrophiques. La malade ne sue jamais des mains, même au moment des crises ; elle ne transpire d'ailleurs pas plus qu'une autre personne ; les ongles présentent des sillons transversaux plus ou moins larges ; quelques-uns sont striés en long, dépolis ; d'autres sont même mamelonnés et plus ou moins recourbés. (La malade peut se les couper sans aucune douleur.)

M^{lle} X... est très sensible au froid ; les journées fraîches du printemps lui ramenaient la sensation glacée aux doigts et aux orteils. Comme ses crises ne sont pas douloureuses, elle n'a nulle envie d'essayer l'immersion prolongée dans l'eau froide ; comme elles ne sont qu'intermittentes et transitoires, elle s'est judicieusement refusée à tout essai thérapeutique.

La maladie de Weir Mitchell est une affection assez peu commune pour qu'une observation de ce genre mérite d'être publiée ; celle-ci nous paraît d'une haute valeur pour l'étude de cette angionévrose.

Dans tous les cas jusqu'ici connus, le symptôme primordial, initial, a été la *douleur*. Elle précède ordinairement tous les autres, au point que W. Mitchell lui attribue une importance pour ainsi dire capitale dans la production des phénomènes vaso-moteurs (qu'elle a même, dans une observation de cet auteur, précédés de 3 à 4 ans). Dans notre cas, la douleur est nulle précisément à la période d'état, ce qui ruine du coup la théorie pathogénique de la paralysie vaso-motrice réflexe *ayant pour point de départ la douleur*.

L'affection est rarement d'une symétrie absolue ; elle l'est rigoureusement dans notre cas.

Elle a une prédilection marquée pour les membres inférieurs, c'est le contraire dans notre observation.

Dans les cas les plus graves, qui se sont accompagnés de symptômes médullaires sérieux, il n'y a jamais eu de troubles trophiques (1) ; notre malade présente des altérations des ongles.

Mais surtout l'histoire de notre malade vient jeter un trait d'union de plus entre la maladie de W. Mitchell et celle de Raynaud : cette femme, en effet, présente en hiver de l'asphyxie symétrique des extrémités. En outre, un accès douloureux d'érythromélgie a pu être pris chez elle pour une crise de goutte, absolument comme nous avons vu la question diagnostique se poser à propos d'un cas de maladie de Raynaud soigné à Lariboisière dans le service de notre regretté maître Siredey.

Notre observation est à rapprocher sans doute des cas encore mal classés, signalés par M. Lannois (2) et dus à Mills, à Zunker (deux cas remarquables d'angionévrose) ; un des malades de ce dernier était atteint de *pseudo-érysipèle* intermittent du bras et de la main, passager, variable, et coïncidant chaque fois avec des crises viscéralgiques.

Un mot touchant la pathogénie : Vulpian, combattant à propos de l'asphyxie symétrique des extrémités l'opinion de M. Raynaud, qui en faisait une angionévrose vaso-strictive par excitation du tonus médullaire, suppose pour expliquer l'érythromélgie, « une sorte de névrose » symétrique, peu douloureuse, *des nerfs centripètes des extrémités*, « principalement de ceux des pieds et des jambes, déterminant par « action réflexe une dilatation des vaisseaux de ces parties ». Il nous paraît que l'ensemble des faits aujourd'hui connus, le nôtre où la douleur fait défaut, où la symétrie est absolue, — comme aussi les cas des maladies de Raynaud et de W. Mitchell où les troubles vasculaires ont atteint les yeux, viennent s'inscrire en faveur de la théorie myélopathique ou en tout cas non périphérique.

Dans une récente clinique, M. Grancher, rappelant une autopsie de de Recklinghausen en 1887, à Strasbourg, incline à faire de la maladie de Raynaud une « trophonévrose avec endartérite ».

Pour terminer rappelons que le nom de *maladie de Weir Mitchell* doit être sans conteste conservé à cette affection vue d'abord par Graves, Sigerson et Duchenne, parce que son parrain est celui qui l'a le premier bien décrite, et parce que le nom d'érythromélgie prête, comme tout néologisme, à la discussion, ne serait-ce qu'en présence des cas où la douleur fait défaut, et pour lesquels il faudrait donc créer un nom nouveau, celui d'érythromélie paroxystique (?), création dont le besoin ne se fait nullement sentir.

(1) Des lésions trophiques, plus accentuées même encore, sont cependant notées dans une observation communiquée à W. Mitchell par Sittlé, de Guerrero (Mexique). Obs. XIV de Lannois.

(2) LANNOIS. Thèse de Paris, 1880. *Erythromélgie*.

DE L'AMPUTATION SPONTANÉE DES ORTEILS CHEZ LES SYPHILITIQUES,
PAR UN PROCESSUS ULCÉREUX, PHAGÉDÉNIQUE, TÉRÉBRANT,

Par M. VIENNOIS (de Lyon).

Syphilis héréditaire tardive chez un homme de 43 ans. Apparition successive de gommès à la partie inférieure de la jambe gauche à 8 ans, à 13 ans, à 20 ans et à 32 ans. Excellente santé dans l'intervalle. Les dernières gommès débutent sur le dos des 2^e et 3^e orteils du pied gauche (à 32 ans), amènent leur chute au bout de 6 ans; large ulcération serpiginieuse concomitante de l'extrémité antérieure du pied; absence de tout traitement spécifique jusqu'à l'âge de 43 ans; inefficacité de celui qui fut institué à ce moment, due d'une part, à la difficulté de son application, et d'autre part, aux mauvaises conditions hygiéniques du malade. Cicatrisation, en 28 jours, d'une ulcération spécifique qui durait depuis 10 ans, dès que les conditions hygiéniques ont pu être changées, le repos au lit obtenu, et un traitement rationnel établi par l'antisepsie locale et les spécifiques.

X..., 43 ans, est né de parents l'un et l'autre syphilitiques, la mère a même eu plus tard des accidents tertiaires, entre autres une perforation de la voûte palatine. X... est marié, sa femme et son unique enfant sont sains, il n'a jamais eu de maladie vénérienne. Je le vois pour la première fois le 16 octobre 1890, dans un logement humide, insalubre et dans le dénuement le plus complet. Ce malade qui est intelligent, me raconte ainsi son histoire :

« Je vous dirai d'abord, si cela peut vous servir, que mon père a mené une joyeuse vie; ma mère m'a raconté que j'étais venu au monde avec toutes les apparences de la santé, que j'avais eu une excellente nourrice à Oullins, mais qu'à l'âge de quatre ans, j'avais eu des convulsions. Elles me laissèrent une paralysie qui porta d'abord sur les quatre membres, mais au bout d'un an 1/2 j'avais recouvré l'usage des bras. Quant aux jambes, je n'en ai recouvré l'usage qu'à 6 ans, et encore pas complètement, car la jambe gauche est restée un peu contractée et le genou légèrement fléchi. J'ai subi de 8 à 9 ans, pour cette infirmité, un traitement orthopédique en Allemagne, et, pour raffermir mon membre on a employé les frictions, le massage, l'électricité, je suis même allé à Cette prendre des bains de mer, enfin on m'a appliqué un appareil tuteur que j'ai gardé jusqu'à l'âge de 16 ans. J'étais devenu très habile à m'en servir, mais mon père craignant que cet appareil ne fût un obstacle à la circulation du sang dans le membre, décida sans consulter un médecin de me supprimer le tuteur et de le remplacer par une béquille; j'ai donc marché avec une béquille jusqu'à ce jour.

« A l'âge de 6 ans j'ai eu la rougeole, qui s'est passée sans présenter rien d'extraordinaire. A 8 ans, au milieu d'une bonne santé et du confort que donne l'aisance, j'ai vu survenir au-devant de la jambe, à environ 10 centimètres du cou-de-pied, une tache rouge sombre un peu plus large qu'une pièce de 50 centimes, qui s'est creusée en dessous; la pellicule qui la recouvrait a fini par se rompre et a laissé voir une plaie creuse, non douloureuse qui disparaissait peu. Cette plaque, survenue pendant l'hiver au mois de février,

a guéri en été au mois de juin suivant, la même tache rouge sombre s'est montrée derrière la jambe et au même niveau.

« Un médecin appelé, M. le Dr Potton, me traita par des frictions avec une pommade jaune et des cautérisations avec la pierre infernale; il m'a semblé que ce traitement n'influait pas sensiblement les deux plaies.

« De 8 à 13 ans, je me suis bien porté. A 13 ans, mes parents me mirent au Lycée; il me survint quelque temps après une tache rouge sombre au-dessous de la première et qui s'est comportée exactement de la même façon. Venue pendant l'hiver, elle disparut pendant l'été de l'année suivante et a duré environ 16 mois. Comme je craignais d'être retenu à l'infirmerie si j'avais signalé cette plaie, je n'en parlai à personne, et pour empêcher mon bas de se coller sur elle, je la recouvris d'une feuille de papier à cigarette imbibée d'huile. J'ai suivi ainsi toutes les promenades, aidé de mon tuteur, j'ai participé à tous les jeux, aux jeux de barre en particulier, peut-être est-ce là la cause pour laquelle cette plaie a duré si longtemps.

« De 13 ans à 20 ans, je me suis très bien porté, à part l'infirmité que j'avais et qui m'est restée.

« A 20 ans, il m'est survenu pour la troisième fois deux nouvelles plaques rouge brun, dont l'une plus large était placée près de la cheville en dedans du pied et dont l'autre plus petite était à quelques centimètres au-dessous. Ces plaques se sont montrées, comme les précédentes, pendant l'hiver, pour guérir spontanément pendant l'été, et sans faire d'autre traitement que celui que j'avais fait au Lycée avec le papier à cigarette; en aucun cas, je n'ai fait de traitement interne.

« De 20 à 32 ans, je n'ai jamais été malade, mais ma situation sociale a bien changé à ce moment, mes parents ont été ruinés, j'ai dû apprendre un état, je n'y ai pas réussi, la misère est venue et j'en ai d'autant plus souffert que je n'y étais pas habitué.

« C'est dans ces conditions que j'ai vu un jour, toujours pendant l'hiver, une plaque rouge sombre sur le dos du 2^e orteil, et presque en même temps une semblable sur celui du 3^e. Ces taches avaient les mêmes caractères que celles que j'avais eues étant plus jeune; mais, au lieu de tendre au bout d'un certain temps et spontanément à la cicatrisation, elles se sont étendues d'une manière sinueuse, très lentement, mais profondément et ont fini par produire la plaie que je vais vous montrer et qui m'occasionne depuis déjà longtemps une cuisson si vive que je suis obligé de me lever de ma chaise toutes les trois heures, pour marcher dans ma chambre et me soulager ainsi. Il m'est impossible, depuis 6 ans, de passer la nuit dans mon lit; quand cela m'arrive je laisse mon pied dehors, je préfère même rester assis dans un fauteuil le pied étendu sur une chaise. »

Le malade qui était alors assis dans cette position enlève avec précaution les chiffons infects qui entourent le pied et d'où s'échappe une vapeur nauséabonde et j'aperçois la plaie dont voici la description :

Ce qui frappe au premier abord, outre l'odeur horriblement repoussante qui se dégage de la plaie, c'est l'absence des 2^e et 3^e orteils; à leur place on remarque une saillie ulcérée qui correspond à l'extrémité antérieure des 2^e et 3^e métatarsiens. C'est ensuite le gonflement énorme de la partie antérieure du pied et la coloration rouge sombre qu'il présente au pourtour de l'ulcère-

tion qui en occupe l'extrémité, et enfin l'étendue et les caractères de cette dernière.

Comme étendue, l'ulcération recouvre, comme on l'a vu, l'extrémité des 2^e et 3^e métatarsiens, elle s'étend de là au quart antérieur de la face plantaire du pied et à la face plantaire des orteils restants, dont elle n'a respecté que la face dorsale, excepté pour le gros orteil, dont la face dorsale est en partie entamée. L'ulcération a envahi le dos du pied d'avant en arrière, à 3 centimètres en certains points, à 4 centimètres en d'autres, de l'interligne métatarso-phalangien, en formant ainsi une plaie sinueuse à bords déchiquetés, profonds, d'une couleur verdâtre, pultacée, très adhérente et allant se confondre avec la portion ulcérée du dos du gros orteil. Il est impossible d'apercevoir au milieu de cette surface putrilagineuse et verdâtre le moindre bourgeon charnu.

D'après le malade, la marche de l'ulcération aurait été la suivante : les deux plaques rouge sombre des 2^e et 3^e orteils les auraient envahis peu à peu tout entiers ; lorsque ceux-ci auraient été complètement ulcérés, l'ulcération aurait gagné la ligne métatarso-phalangienne de la plante du pied et aurait envahi celle-ci d'avant en arrière en entamant en même temps la face plantaire des orteils et en remontant sur le dos du pied, au niveau de la commissure du 4^e orteil.

Ce n'est que 6 ans après le début de l'ulcération des 2^e et 3^e orteils que ceux-ci se sont pour ainsi dire détachés d'eux-mêmes *sans hémorrhagie*. Le 2^e orteil aurait été trouvé en putrilage dans les linges du pansement et presque en même temps le 3^e s'en allait par lambeaux en les prenant avec les doigts, sans douleur ; le malade à cette occasion note ce fait, qu'il a enlevé un petit os du 3^e orteil qui est venu à la main, sans résistance, il était brun et très inégal.

A quelle affection avons-nous affaire ? On ne pouvait hésiter qu'entre trois hypothèses, l'épithélioma, la tuberculose ou la syphilis. L'épithélioma paraissait devoir être éliminé tout d'abord, car il ne met pas si longtemps à s'établir et il aurait enlevé le malade depuis longtemps. La tuberculose ne nous paraissait pas devoir être invoquée dans le cas particulier, car le malade ne portait pas de traces antérieures ou concomitantes, osseuses ou autres. Toutefois nous reconnaissons que l'erreur est possible, le bacille de Koch ne se trouve pas toujours, on a vu des lupus envahir les orteils, amener leur chute et dans ces cas, on n'a guère que le traitement spécifique comme pierre de touche. C'est ainsi que M. Ollier a vu deux jeunes sujets de son service être atteints de chute des orteils, les spécifiques ayant été impuissants à arrêter la maladie de l'un de ces deux malades ; une jeune fille revenait même pendant trois ans de suite, dans le service, avec un orteil de moins chaque année. Nous nous contentons de signaler ici ces faits sur lesquels nous reviendrons dans une autre occasion. Pour le cas particulier dont nous nous occupons, nous étions donc amené à penser que l'affection que nous avons sous les yeux était bien une manifestation syphilitique, étant donnés d'une part, les renseignements précis qui nous étaient parvenus sur la santé des parents, et d'autre part, les manifestations cutanées que nous avons relatées plus haut, qui ont laissé des traces indélébiles, et qu'on pouvait, sans trop de témérité, regarder comme des gommès syphilitiques. Le traitement ne devait pas tarder à donner raison à

cette manière de voir. Nous allions donc l'instituer immédiatement, en même temps qu'un traitement local antiseptique; mais, considérant que les conditions matérielles dans lesquelles se trouvait le malade étaient assez fâcheuses pour entraver la bonne conduite du traitement, nous l'engageâmes à entrer à l'hôpital, mais il s'y refusa énergiquement, prétextant qu'on ne lui avait jamais proposé que l'amputation. Nous lui ordonnâmes donc, séance tenante, un traitement mixte par les frictions mercurielles et l'iodure de potassium à doses progressives, suivant la tolérance des voies digestives; comme l'estomac était débilité, nous commençâmes par une dose de 0 gr. 80. Le malade eut quelque peine à supporter le médicament. Cependant nous arrivâmes à lui en faire prendre jusqu'à 2 gr. 25 par jour, mais il ne put continuer longtemps. Au point de vue local, nous fîmes saupoudrer la plaie avec l'iodoforme, avec modération d'abord, pour ne pas intoxiquer le malade; enfin, ne pouvant donner de grands bains, nous lui fîmes prendre des bains de pied d'une solution de sublimé très étendue d'eau bouillie.

Sous l'influence de ce traitement, il y eut cependant au bout de 15 jours, malgré les conditions hygiéniques les plus fâcheuses, une amélioration très nette, caractérisée par la cicatrisation d'une bande transversale d'un centimètre à la région plantaire. Sur le dos du pied, la cicatrisation tendait à se produire, l'odeur était toujours très repoussante, mais on voyait la plaie se déterger un peu, et quelques rares bourgeons charnus émerger au milieu du putrilage verdâtre qui recouvrait l'ulcération. Mais cette amélioration ne fut pas de longue durée: un mois après, ayant revu le malade, nous constatâmes que les portions qui avaient été cicatrisées étaient ulcérées de nouveau, et qu'elles étaient recouvertes d'une sorte de putrilage comme le reste de la plaie. Celle-ci resta ainsi dans le statu quo jusqu'au commencement de mars, époque à laquelle, étant allé voir le malade une dernière fois, nous le décidâmes à entrer à l'hôpital. Il y fut admis le 4 mars 1891 et entra dans le service de M. Ollier, qui ordonna immédiatement un traitement spécifique.

Dès son entrée le malade est pansé au salol. Deux bains sulfureux par semaine. Iodure de potassium, 2 grammes par jour. Régime tonique.

En 8 jours, le malade fut transformé, le gonflement du pied avait notablement diminué, la couleur verdâtre de la plaie avait fait place à des bourgeons charnus de bonne couleur, l'odeur affreuse qu'elle répandait avait disparu et la cicatrisation commençait de tous côtés. L'état général s'améliorait à vue d'œil, l'aspect terreux du visage avait changé, les fonctions digestives étaient relevées. Aussi put-on élever rapidement les doses d'iodure de potassium, si bien qu'au 25-mars le malade en prenait 5 grammes, sans en être incommodé. Le 31 mars, 28 jours après l'entrée du malade à l'Hôtel-Dieu, la plaie serpiginieuse, qui avait duré dix ans, était complètement cicatrisée.

Les faits de cette nature, c'est-à-dire se rattachant à la syphilis, de chute des orteils à la suite de gangrène humide, par un procédé serpiginieux, térébrant, évoluant lentement durant de longues années, sont rares. Nous n'en avons guère trouvé d'exemples dans la littérature médicale, si ce n'est celui cité dans l'excellent ouvrage de Jullien (1)

(1) JULLIEN. *Traité des maladies vénériennes*, 2^e édition, Paris, Baillière, 1885, page 809, fig. 147.

et dont l'observation très intéressante a été publiée par M. Fournier dans l'*Union médicale*, 1878, n° 141 et 142, et lecture a été faite à l'Académie de médecine le 19 novembre de la même année (1). Dans ce cas l'affection du pied qui avait détruit une partie du gros orteil, et presque complètement les 2°, 3° et 4°, se compliquait, en outre, de gommès étendues du poumon ; la malade a parfaitement guéri par les spécifiques en 40 jours.

Je dois encore à l'obligeance de M. Vidal la connaissance du 2° fait, qui est relatif à l'observation de M. Besnier. Il s'agit d'une malade de 42 ans, qui fut montrée à l'Académie de médecine par M. A. Després, dans sa séance du 30 novembre 1875. Elle était atteinte depuis 8 ans d'une affection ulcéreuse de l'avant-bras et de la main, avec mutilation de l'indicateur, de l'annulaire et du petit doigt ulcérés jusqu'à la partie supérieure des phalanges, mises à nu et nécrosées. M. A. Després présenta ce cas comme un lupus ulcéré de l'avant-bras et de la main, et en fit faire le moulage (Musée de l'hôpital St-Louis, *Collection générale*, n° 377). Devergie diagnostiqua une lèpre mutilante. Quelques mois plus tard, la malade entra à l'hôpital St-Louis, dans le service de M. Besnier, qui diagnostiqua la syphilis et guérit la malade par l'iodure de potassium.

En présence de cette pénurie de la littérature médicale, nous nous sommes adressé à nos confrères de Lyon, et l'un d'eux, M. Vincent, actuellement chirurgien de la Charité, nous apprit que pendant qu'il remplaçait M. Ollier à la Clinique, comme agrégé en 1879, il avait été témoin d'un fait analogue ; le voici en quelques mots :

P..., Louise, 23 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 8 octobre 1879, elle est affaiblie par la misère et les privations. Père mort d'accident, mère morte d'une maladie inconnue. A 17 ans, elle aurait eu des rapports avec un ouvrier du Creusot, à la suite desquels elle aurait eu du gonflement des parties et un écoulement blanchâtre que l'on ne traita que par des lavages émollients ; guérison au bout d'un mois. Elle n'accuse pas d'autre accident depuis. Actuellement elle entre à l'hôpital pour une vaste ulcération du pied gauche, qu'elle a depuis longtemps. Lorsqu'elle a enlevé les linges infects qui lui servent de pansement, la première chose qui frappe, c'est la disparition des 2°, 3°, 4° et 5° orteils ; un petit os brun, érodé, tient légèrement à la place du 3° orteil, c'est la 1^{re} phalange qui est si peu adhérente qu'on la cueille, pour ainsi dire, avec une pince à pansement. A la place des orteils existe une ulcération qui se continue sur le dos du pied, jusqu'à dix centimètres en arrière de la ligne métatarso-phalangienne. Elle est irrégulière, un peu frangée, serpiginieuse, recouverte de putrilage et de lambeaux d'aponévrose sphacélée. Du côté de la face plantaire, la peau est décollée par les produits ichoreux de la plaie. L'aponévrose plantaire est noire, durcie et offre l'aspect d'une eschare prête

(1) Le moulage du pied malade est au Musée de l'hôpital St-Louis, *Collection Fournier*, n° 152.

à se détacher ; des caillots rouge sombre existent dans les anfractuosités de l'ulcération, et une odeur affreusement repoussante se dégage de la plaie. La malade prétend que, depuis le début de l'ulcération, elle a eu d'abondantes hémorrhagies et notamment que le sang s'échappait de chaque côté des orteils, lorsqu'ils allaient se détacher, et enfin que tous étaient tombés à peu de distance les uns des autres, dans l'espace de deux mois.

M. Vincent resta incertain pendant quelques jours sur la nature de la maladie à laquelle il avait affaire, mais le 14 octobre il soupçonna la syphilis et examina les organes génitaux ; il reconnut alors qu'il existait des ulcérations sur la face interne de la grande lèvre gauche, et en bas sur la commissure, ulcérations rougeâtres, permettant de voir les papilles à nu ; la face externe des petites lèvres est couverte d'ulcérations assez petites, leur face interne en porte aussi trois ou quatre ; à droite, mêmes symptômes, mais moins accusés ; sur le périnée petits papillomes, les ganglions inguinaux sont engorgés surtout à gauche.

On institue immédiatement un traitement général, avec iodure de potassium, 2 grammes par jour, que l'on donnera à doses progressives ; comme traitement local, pulvérisations d'éther iodoformé, ce qui était très douloureux. Au 4 novembre la dose d'iodure avait pu être portée à 5 grammes par jour, et en trois semaines l'état local avait changé d'aspect, les parties nécrosées s'étaient détachées et une bande cicatricielle de près d'un centimètre se remarquait sur les bords. L'état général, grâce à l'iodure et au bon régime, et l'état local, grâce au traitement antiseptique, s'améliorèrent si rapidement, que le 15 décembre 1879, c'est-à-dire deux mois après le commencement du traitement, l'ulcération était complètement cicatrisée.

En rapportant ces faits de syphilis mutilante qui laissent peut-être à désirer pour certains détails, nous avons voulu surtout appeler l'attention sur ce résultat clinique, à savoir que chez deux malades porteurs d'une vaste ulcération du pied ayant amené la chute de plusieurs orteils par gangrène humide, ulcération qui durait depuis très longtemps, et pour laquelle l'amputation avait été proposée dans un cas, tous deux avaient guéri rapidement en un ou deux mois, sous la double influence d'un traitement local antiseptique et d'un traitement général par les spécifiques.

Maintenant que l'attention est fixée sur eux, il sera intéressant dans l'avenir de les étudier au point de vue bactériologique, comme l'a fait pour le lupus ulcéreux, un chirurgien de l'Antiquaille, M. Augagneur, agrégé de la Faculté, dont les idées reproduites tout récemment dans la thèse d'un de ses élèves, M. Thévenet (1), se résument en deux mots, l'association *microbienne*, l'agent bacillaire d'un côté, les microbes pyogènes de l'autre, d'où la conséquence d'établir une thérapeutique contre la lésion suppurative et une seconde contre la lésion bacillaire.

Jusqu'ici, les auteurs qui avaient cité des cas de mortification des orteils ou des doigts, pouvant se rattacher à la syphilis, n'avaient parlé que de la gangrène sèche, due à l'artérite syphilitique. Dans les cas qui

(1) THÉVENET. Sur la nature du lupus ulcéreux, thèse de Lyon, 1891.

ont été cités, on a vu rarement la mortification se limiter aux orteils ou aux doigts de la main, comme dans l'observation de M. d'Ornellas (1). Le plus souvent après les orteils, c'est le pied qui se mortifie, puis le reste du membre, comme dans le cas cité par Podres (2) d'un homme de 45 ans qui dut subir, dans le cours d'un mois, trois amputations successives, les orteils, le pied et la cuisse. Témoin encore le cas d'un chirurgien de Lyon, M. Gangolphe, agrégé de la Faculté, qui a fait publier sur ce sujet par un de ses élèves, M. Aune (3), un travail des plus intéressants, où les rares observations que possède la science ont été réunies avec soin et soumises à une critique judicieuse pour jeter quelque clarté sur ce difficile sujet.

Il s'agit d'un homme de 35 ans, qui, du 5 janvier au 17 février 1890, après avoir éprouvé à diverses reprises, dans cet intervalle, des douleurs lancinantes dans les doigts, la main et le bras, perdit d'abord la sensation du contact; l'anesthésie gagna ensuite de proche en proche, une sensation de froid envahit le membre, les doigts furent absolument flétris, comme momifiés; plus de graisse, le pouls de la radiale disparut, on ne sentit plus que les os, la main et l'avant-bras présentèrent une teinte violacée jusqu'au-dessus de l'articulation du coude, et le 17 février, la délimitation entre le mort et le vif étant complète, on se décida à l'amputation. En disséquant les vaisseaux du bras, on reconnut qu'ils n'échappaient pas plus que les artères crâniennes et les gros troncs vasculaires, seuls étudiés jusqu'ici, aux phénomènes de l'endarterite et de la périartérite qui amènent la mortification des tissus.

Ce n'est pas là le seul point de vue original que renferme cet intéressant travail; ne pouvant le résumer dans un article déjà long, nous nous contenterons d'en reproduire les conclusions :

1° L'artério-syphilose a été surtout étudiée dans les gros vaisseaux et dans les artères encéphaliques, il est probable que les artères des membres n'échappent pas à ces lésions. L'insuffisance des documents anatomopathologiques doit tenir à ce que l'on n'examine pas assez en détail le système circulatoire des syphilitiques. C'est ainsi que chez les sujets atteints d'artérite cérébrale, on n'a pas recherché l'état des artères périphériques, où des lésions latentes peuvent exister.

2° Les lésions paraissent constituées par de la périartérite et par l'endarterite, mais la périartérite serait probablement primitive.

3° Elles peuvent déterminer des phénomènes de gangrène sèche dont les symptômes sont tantôt brusques, tantôt lents. Un phénomène remarquable consiste dans l'élévation de la température au début du sphacèle, et sa chute au moment de la formation du sillon éliminateur. Cette fièvre aseptique coïncide avec un état satisfaisant.

(1) *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1888, n° 12.

(2) PODRES. *Centralblatt für Chirurgie*, 1876.

(3) AUNE. Essai sur les gangrènes des membres consécutives à l'artérite syphilitique. Thèse de Lyon, 1890.

4° Le diagnostic d'artérite syphilitique ne peut être fait que par exclusion.

5° Le pronostic varie suivant la forme clinique : dans les formes lentes on a vu la gangrène rétrocéder et même disparaître, sous l'influence d'un traitement spécifique ; dans les formes brusques, un sphacèle étendu paraît inévitable.

6° Enfin le traitement spécifique, efficace contre les formes lentes, est sans action contre les formes brusques. La gangrène une fois établie, on attendra la formation du sillon éliminateur ; celui-ci étant nettement dessiné, on se décidera à l'amputation.

En ce qui nous concerne, nous concluons qu'il faut attendre de nouveaux faits pour éclairer la pathogénie des cas de chute des orteils à la suite de la gangrène humide. En effet, si les deux cas que nous avons rapportés, présentent de grandes analogies, dont la principale est la guérison rapide par les spécifiques, ils présentent aussi un point contradictoire. Dans l'un la chute des orteils s'est produite sans hémorrhagie, dans l'autre elle s'est accompagnée d'hémorrhagies abondantes. De nouvelles observations sont donc nécessaires pour éclairer ce point de pathogénie ; ce n'est qu'à titre de contribution à cette étude que nous avons rapporté nos cas, pour éclairer un des faits rares qui peuvent se présenter à l'examen des syphiligraphes ou des chirurgiens.

SUR UN CAS DE MYCOSIS FONGOÏDE AVEC ÉRYTHRODERMIE CARACTÉRISTIQUE ET ADÉNOPATHIES LOCALISÉES

Par M. H. HALLOPEAU.

Ce malade, atteint de mycosis fongoïde, nous paraît mériter à plusieurs titres l'attention de la Société ; son histoire peut être résumée ainsi qu'il suit :

Ch. M... entre le 18 juillet au numéro 40 de la salle Bazin ; il est âgé de 56 ans ; son aspect est profondément cachectique ; en le découvrant, on reconnaît qu'il présente nombre de tumeurs mycosiques. Interrogé sur ses antécédents, il nous apprend qu'il a eu, il y a 20 ans, un chancre induré, suivi d'ulcérations buccales et accompagné d'un bubon suppuré ; il a pris successivement pendant une année environ, des préparations mercurielles et iodurées ; il ne semble pas avoir eu depuis lors de manifestations syphilitiques. Il y a 4 ans, il a eu un zona ophtalmique qui a laissé sur le front et le cuir chevelu des cicatrices dont la localisation est significative.

Depuis plusieurs années, le malade a remarqué, sans pouvoir spécifier la date de leur début, des plaques éruptives, offrant l'aspect de l'eczéma, sur ses membres supérieurs ainsi qu'au-dessous de son genou gauche.

Il y a environ 4 ans que la première tumeur mycosique s'est développée au-dessus de l'aîne gauche ; elle a progressivement augmenté de volume. Les années suivantes, des tumeurs semblables se sont produites dans la région de l'aîne droite, à la partie supérieure des bras, au-dessus de la clavicule gauche et au menton ; le malade a remarqué que, concurremment, ses ganglions se tuméfiaient au voisinage des tumeurs ; il y a trois semaines, une nouvelle tumeur s'est développée sur le prépuce.

Actuellement, le malade présente concurremment trois ordres d'éruptions qui sont : des plaques d'aspect eczémateux, des tumeurs mycosiques, et des plaques érythémateuses.

Les plaques eczémateuses sont de petites dimensions ; irrégulièrement arrondies, elles ne mesurent que de 2 à 3 centimètres de diamètre ; d'un rouge sombre, légèrement saillantes, sèches, parsemées de squames prurigineuses, elles ont tous les caractères de l'eczéma vulgaire ; elles siègent en petit nombre, sur les membres et le tronc.

Les tumeurs mycosiques sont nombreuses ; leur aspect est partout caractéristique : mamelonnées, végétantes, d'un rouge intense, excoriées ou ulcérées ; plus ou moins profondément, elles atteignent par places les dimensions d'une petite orange ; à côté de ces masses volumineuses, s'en trouvent de plus petites, d'apparence papillomateuse ; la peau qui les entoure est rouge et épaissie.

Une de ces tumeurs occupe la fossette sus-mentonnière ; son volume atteint celui d'une petite noix ; elle est recouverte de croûtes jaunâtres, méléciériques.

Dans la région sus-claviculaire gauche, une plaque s'étend transversalement de la fourchette sternale au tiers de la clavicule et verticalement du bord de cet os à la partie supérieure du cou ; sa forme est celle d'un quadrilatère irrégulier ; la peau, rouge, épaissie, infiltrée, y est surmontée de saillies multiples dont le volume varie de celui d'un gros pois à celui d'une petite noix. A la partie supéro-interne du bras gauche, on voit une plaque semblable. A droite, des masses volumineuses contournent le creux axillaire ; elles sont excoriées ; on en distingue quatre principales disposées en demi-cercle ; des ulcérations à fond rouge et profondément déprimées les séparent ; on sent, au-dessous d'elles, une tumeur sous-cutanée du volume d'une petite orange ; elle est très vraisemblablement constituée par un ganglion tuméfié.

Au-dessus de la partie externe de la région inguinale gauche, se trouve une plaque de même nature ; elle mesure environ 5 centimètres de diamètre ; elle est remarquable par le grand nombre de petites saillies miliaires qui la surmontent et lui donnent un aspect papillomateux. Des plaques semblables existent à la partie interne des régions inguinales. Les ganglions correspondants sont considérablement tuméfiés.

On voit, à l'extrémité antérieure du prépuce, une tumeur qui mesure 5 centimètres transversalement sur 3 d'avant en arrière ; sa surface est le siège d'une ulcération très superficielle rouge et sèche, qui se continue insensiblement avec la peau saine ; elle est presque complètement plane ; c'est à peine si l'on y distingue quelques légères saillies mamelonnées : ce caractère est le seul qui la distingue objectivement d'un chancre induré.

L'orifice préputial est rétréci ; il y a du phimosis.

Tout le fourreau de la verge est épaissi et injecté ; il est le siège d'une éruption érythémateuse qui occupe concurremment le tiers supérieur des

cuisses et les deux tiers inférieurs de l'abdomen ainsi que la région lombaire et les fesses ; d'un rouge uniforme dans la plus grande partie de son étendue, elle est constituée à sa périphérie par des éléments isolés dont le volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'une pièce de 50 centimes ; par places, on remarque, dans les grandes nappes confluentes, des intervalles de peau saine ; cette éruption est d'un rouge vif ; elle s'accompagne d'une infiltration avec épaississement du tégument ; elle disparaît sous la pression du doigt.

Il faut noter enfin, en plusieurs régions et particulièrement au bras droit, au-dessus de l'épaule gauche et sur le côté droit du tronc, les traces d'anciennes plaques végétantes qui ont subi une évolution rétrograde ; la peau y est plissée : elle semble devenue trop large pour son contenu ; elle est décolorée et en même temps parsemée de taches pigmentées ; son aspect est, par places, cicatriciel ; on y distingue de petites brides légèrement saillantes ; il n'y a pas d'anesthésie dans ces parties ; le malade assure que des tumeurs saillantes d'un centimètre ont existé dans les régions ainsi modifiées et se sont graduellement affaïssées.

Il n'y a pas de leucémie.

La santé générale est gravement troublée ; le malade est très amaigri ; ses forces sont abattues ; il est dans un état de prostration voisin du marasme.

Trois jours après notre premier examen, nous constatons que l'éruption exanthématique du tronc a très notablement pâli ; elle est encore cependant nettement appréciable aux cuisses et à l'abdomen, au-dessus du nombril.

Nous signalerons, chez ce malade, la *banalité des éruptions eczémateuses* ; elles ne diffèrent en rien des eczémas vulgaires et il serait impossible d'en tirer aucune indication utile pour le diagnostic.

Il n'en n'est pas de même pour les placards érythémateux qui se sont développés récemment sur la moitié inférieure de l'abdomen, le haut des cuisses et le pénis : la disposition de la rougeur en larges nappes ou en îlots que séparent des intervalles de peau complètement saine, l'aspect marbré qui en résulte, l'intensité de la coloration rouge et surtout l'épaississement notable que présente la peau à leur niveau ont, dans leur ensemble, une physionomie caractéristique qui doit mettre sur la voie du diagnostic le médecin qui les a observés ; nous sommes particulièrement frappé de la ressemblance qu'offrent ces placards érythémateux avec ceux de l'homme rouge que nous avons présenté au Congrès de dermatologie de Paris sous l'étiquette de *lymphodermie scarlatini-forme, début probable d'un mycosis fongoïde atypique* ; dès lors, M. Pringle avait indiqué la ressemblance frappante qu'offrait cette érythrodermie avec celle qu'il avait observée chez un malade atteint de mycosis fongoïde et M. Kaposi disait : « Il y a ici un épaississement de la peau qui donne au doigt une sensation spéciale que l'on reconnaît quand on l'a constatée. » Un autre caractère de cette érythrodermie est de présenter des alternatives d'amélioration et d'aggravation.

Nous ferons remarquer que, chez ce malade, malgré le prurit, il ne se développe pas de prurigo ; c'est là une règle dans le mycosis ; le

fait était des plus frappants chez notre homme rouge; pendant des années, il a été en proie à un prurit intense, se grattant nuit et jour avec frénésie au point de s'excorier profondément; néanmoins il n'a jamais eu trace de prurigo. Nous avons tendance à expliquer ce fait par l'altération que subissent en pareil cas les papilles dermiques; chez notre homme rouge, elles étaient complètement atrophiées et remplacées par du tissu adénoïde; ces papilles seraient le siège de la congestion réflexe et de l'infiltration que provoque secondairement le grattage chez les sujets sains et qui donnent lieu à la formation des papules de prurigo; leur altération chez les mycosiques empêcherait le grattage d'y produire ces éléments éruptifs.

La tumeur qui siège, chez notre malade, au prépuce et produit le phimosis, offre une analogie frappante avec un chancre induré; elle n'en diffère que par l'aspect légèrement mamelonné d'une partie de sa surface et il nous a fallu, pour éliminer avec certitude l'hypothèse d'un accident primitif, la constatation positive de l'existence chez le malade d'une syphilis antérieure.

Nous avons vu que tout le fourreau de la verge est le siège d'une vive rougeur avec tuméfaction considérable et induration: c'est la même éruption que nous avons signalée à l'abdomen; en raison de la laxité des téguments de la verge, l'infiltration et par suite la tuméfaction y sont plus considérables; ce fait met bien en relief l'importance de cette infiltration dans une éruption que l'on pourrait croire au premier abord purement érythémateuse.

Nous avons noté chez ce malade des adénopathies très volumineuses: il est intéressant de constater que, malgré le nombre considérable de plaques éruptives qui existent chez lui, ces adénopathies sont rigoureusement circonscrites aux régions qui correspondent aux tumeurs volumineuses; c'est ainsi que, très prononcées dans les régions inguinales et axillaires, elles sont au contraire défaut dans les régions sus-claviculaires et cervicales. Ce fait prouve que ces adénopathies ne sont pas, comme on pourrait le supposer, sous l'influence d'une altération générale de la nutrition qui se traduirait du côté des ganglions lymphatiques en même temps que du côté de la peau, mais qu'il s'agit d'altérations ganglionnaires provoquées directement par les altérations cutanées.

M. ERN. BESNIER. — Je n'ai jamais vu de tumeur de mycosis se développer sur des points de la peau qui fussent préalablement sains. On admet cependant en général qu'il peut en être ainsi. Je demanderai à M. Hallopeau s'il a vu se développer sous ses yeux des tumeurs mycosiques sans qu'il y ait eu préalablement de lésion cutanée.

M. HALLOPEAU. — J'observe le malade depuis trop peu de temps pour être en mesure de répondre à cette question; je l'étudierai à ce point de vue.

M. VIDAL. — J'ai vu, sur une malade que je suivais attentivement,

des tumeurs mycosiques se produire sans avoir été précédées d'aucune autre altération que l'induration qui marque le début de leur évolution. C'était dans le cas de mycosis fongoïde débutant d'emblée par les tumeurs, forme sur laquelle j'ai appelé l'attention dans mes leçons en 1881, la seconde variété du mycosis fongoïde que j'ai admise dans le mémoire publié avec le D^r Brocq dans la *France médicale* en 1885.

NOTE RELATIVE A L'HISTOIRE DE LA SYPHILIDE, DITE PIGMENTAIRE

Par M. ALEX. RENAULT.

Cette communication n'a pas la prétention d'être autre chose qu'une note, destinée à préciser, peut-être un peu mieux qu'on ne l'a fait jusqu'ici, les caractères cliniques et la terminologie de cette espèce de syphilide, décrite pour la première fois en France par M. Hardy sous le nom de syphilide pigmentaire et admise depuis par M. le professeur Fournier et les autres syphiligraphes français.

Placé dans un hôpital presque exclusivement consacré aux femmes syphilitiques, je suis, plus que personne, en mesure d'observer et d'étudier la syphilide pigmentaire. Inutile de rappeler en effet que cette manifestation ne se rencontre guère que chez la femme, durant la période secondaire et souvent même longtemps après, dans la période intermédiaire entre les accidents secondaires et tertiaires.

Or, depuis cinq mois environ, j'ai étudié principalement au point de vue de la pigmentation cervicale toutes les femmes syphilitiques ou non admises dans mon service de l'hôpital de Lourcine, et voici le résultat de mes investigations :

1° Les auteurs disent que la syphilide pigmentaire n'apparaît pas avant le 6^e mois de la maladie et qu'elle évolue du 6^e au 36^e mois.

Relativement à la date initiale, cette assertion ne me semble pas absolument exacte.

Je ferai remarquer d'abord que les altérations pigmentaires du cou se développent à l'insu des malades. Il m'est arrivé maintes fois d'attirer leur attention sur la coloration bistre de leurs téguments. Auparavant, elles ne s'en doutaient pas, chose naturelle, puisque cet accident survient sans causer la moindre douleur, sans provoquer le moindre trouble fonctionnel. Il est donc impossible, sauf exceptions très rares, d'en préciser le début. M. Barthélemy en cite cependant un exemple dans son remarquable article *SYPHILIDES* du *Dictionnaire de médecine pratique*. Il s'agit d'un malade chez lequel il vit la coloration spécifique se développer sous ses yeux neuf mois après le début du chancre.

J'ajouterai que j'ai plusieurs fois constaté cette syphilide dès la première poussée des accidents secondaires. On sait que c'est à l'hôpital de

Lourcine qu'on observe dans tout leur éclat et au grand complet les manifestations de cette période. Le chancre syphilitique y est rare ; plus rares encore s'y rencontrent les lésions tertiaires. Eh bien, j'ai vu coïncider la syphilide maculeuse avec des syphilides confluentes de la gorge et de la vulve, des papules cutanées, l'alopecie, l'adénite cervicale, inguinale, etc. Je n'ai pas pu découvrir, il est vrai, de traces de chancre. Mais en me livrant à un interrogatoire minutieux, j'ai pu apprendre de quelques femmes plus soigneuses de leur santé, qu'elles avaient remarqué deux ou trois mois auparavant un bouton ou une écorchure aux parties sexuelles, ce qui est synonyme de chancre dans le langage des malades confiées à nos soins. En supposant même que leur récit ait été entaché d'erreur, la multiplicité des accidents indiquait la première poussée de la période secondaire. Lorsqu'il y a en effet récurrence de ces accidents (syphilides muqueuses ou cutanées, roséole de retour par exemple), les manifestations syphilitiques se fractionnent, le tableau est beaucoup moins complet. La syphilis ne se traduit plus, sauf exceptions très rares, que par des lésions discrètes. Mais elle cesse d'affecter simultanément, de façon à la rendre visible à tous les yeux, le cuir chevelu, le système tégumentaire, la région génito-anale et la cavité bucco-pharyngée. Cette règle, je ne l'ignore pas, comporte de nombreuses exceptions. Il est quantité de malades, chez lesquels les accidents secondaires sont singulièrement bénins, frustes même, surtout quand le traitement spécifique a été institué de bonne heure, et d'autres au contraire dont les récidives secondaires sont encore fertiles en phénomènes multiples. J'ai tenu simplement à rappeler que, dans les cas où la syphilide pigmentaire coïncide avec le cortège complet des manifestations secondaires, il s'agit presque toujours d'une syphilis récente, ne remontant guère au delà de deux à trois mois. Or tel était le cas de plusieurs de nos malades. De son côté, M. le Dr de Fisson, dans une thèse faite en 1887, sous l'inspiration de M. le professeur Leloir, a fait remarquer que la syphilide maculeuse apparaît souvent quelques semaines après la roséole, c'est-à-dire trois mois environ après le début du chancre.

Il importe de préciser les caractères spéciaux, pathognomoniques en quelque sorte de cette lésion. Je ne vous apprendrai rien, en effet, Messieurs, en vous remémorant que son existence est niée par des syphiligraphes éminents, à la tête desquels marchent T. Fox et Kaposi. Ce dernier ne veut y voir qu'une variété de chloasma ou plutôt de mélanodermie, pour me servir d'une expression en rapport avec notre vocabulaire dermatologique, le mot chloasma étant employé dans notre langue, d'après la judicieuse remarque de MM. Besnier et Doyon, à désigner la mélanodermie spéciale de la face, qui affecte les femmes enceintes.

2° Tout dernièrement enfin, en janvier 1891, M. le Dr Fifeisky a déclaré au IV^e Congrès des médecins russes qu'il avait constaté dans 40 0/0 des cas la syphilide pigmentaire, dès le 3^e mois de la maladie. D'après lui,

elle ne serait que de 20 0/0 dans le 4^e et le 5^e mois. Quant aux 20 0/0 restants, il les aurait observés dans la seconde moitié de la 1^{re} année.

Il est entendu que ma description ne s'applique qu'à la syphilide pigmentaire primitive et non à ces pigmentations qui succèdent à d'autres éruptions spécifiques.

Voici d'abord, d'après les auteurs et M. le professeur Fournier en particulier, en quoi consiste objectivement cette syphilide.

« On constate autour du cou et sur les parties latérales principalement une série de taches d'une teinte bistre plus ou moins foncée, sans forme régulière, disposées les unes au voisinage des autres, se touchant et se confondant pour la plupart, en enveloppant des flots de téguments sains, de façon à figurer sur le cou une sorte de réseau ou de dentelle à larges mailles. » Un peu plus loin, M. le professeur Fournier ajoute : « Chez certaines malades, le cou paraît simplement malpropre. »

Il est possible que, dans quelques cas, la teinte bistre soit uniforme ; mais alors, on ne saurait affirmer la nature spécifique de la pigmentation cervicale. Depuis plus de cinq mois, je le répète, j'ai examiné au point de vue de la coloration le cou de toutes les femmes, syphilitiques ou non, entrées dans mon service et je déclare que toutes ont, plus ou moins, une exagération de la pigmentation à ce niveau, d'où il résulte une teinte bistre uniforme de la région.

On ne peut donc affirmer la nature spécifique de l'objectivité tégumentaire que dans les deux cas suivants :

1^o Lorsqu'au sein de la zone pigmentée, il existe des flots de peau saine, absolument blanche. Leur blancheur même paraît plus accentuée que celle des parties avoisinantes normales. Mais on sait parfaitement aujourd'hui, depuis les recherches de Tanturri, qu'il s'agit là d'une illusion d'optique. L'auteur italien a constaté, en effet, au microscope dans les points d'apparence vitiligineuse autant de pigment qu'à l'état normal.

2^o Lorsqu'il y a un réseau pigmenté à larges mailles blanches, figurant une véritable dentelle.

Dans ces deux formes, la disposition cerclée est habituellement prédominante, ce qui est encore une preuve de la nature spécifique.

Au total, ce qui constitue le caractère pathognomonique de la lésion, c'est la présence d'flots blancs au sein de la zone pigmentée. T'el est le point sur lequel j'insiste et sur lequel aussi je désire tout particulièrement attirer l'attention. Une pigmentation uniforme du cou n'a pas de signification au point de vue du diagnostic. Est-elle au contraire parsemée d'flots blancs, on peut affirmer la syphilis. Dans les recherches que j'ai entreprises jusqu'ici, je n'ai encore trouvé qu'une seule exception à cette règle.

Et encore n'est-il pas certain que la malade, à laquelle je fais allusion, ne soit pas syphilitique. C'est une jeune femme de 18 ans qui offre un cas type de syphilide pigmentaire. Mais il est impossible de trouver sur

son corps une lésion quelconque qui permette d'affirmer la syphilis. Les commémoratifs n'en apprennent pas davantage. Retenons cependant qu'elle a perdu une enfant de deux mois, bien portante, dit-elle, et qui aurait été enlevée promptement par des convulsions. Depuis son accouchement, ses cheveux tombent en abondance ; elle a notamment les tempes dégarnies. L'examen du cuir chevelu ne permet pas d'attribuer cette alopecie à un eczéma séborrhéique, qui n'existe pas. A chaque membre supérieur il est facile de sentir au-dessus du coude le ganglion épitrochléen hypertrophié. La malade accuse en outre des névralgies, difficiles à localiser, mais qui siègent principalement du côté de la tête. Depuis longtemps, il est vrai, elle était sujette à ces névralgies. Mais celles-ci ont notablement augmenté à dater de son accouchement. Enfin, cette jeune malade est atteinte de chloro-anémie à un degré accentué. C'est même pour cette raison qu'elle est entrée, non à Lourcine, mais à l'hôpital Pascal. Il y a donc chez elle une série de particularités qui font naître le doute et empêchent d'affirmer que ce cas puisse être définitivement considéré comme une exception à la règle. Je ne serais pas étonné qu'il s'agit là d'un cas de syphilis conceptionnelle. Malheureusement la malade a quitté le service avant que j'aie pu en établir la preuve.

Quoi qu'il en soit, il reste acquis que la lésion spécifique du cou, dite syphilide pigmentaire, constitue un signe très précieux de syphilis, en l'absence de tout autre accident morbide et en face des dénégations de malades intéressées.

Mais je tiens à rappeler encore, qu'à mon sens, la lésion ne consiste pas dans l'hyperpigmentation cutanée, constatée chez la généralité des malades, mais bien dans les ilots blancs, qui donnent aux téguments du col une apparence tachetée.

Quant au terme de syphilide, il ne saurait s'appliquer à cette coloration spéciale. Ou alors, il faut donner à ce mot l'extension que lui attribue M. le Dr Barthélemy dans son article *SYPHILIDES*. Cet auteur englobe en effet dans les syphilides non pas seulement les éruptions, mais encore les affections variées d'origine spécifique du système tégumentaire. A mon sens, cette conception nosologique n'est pas exacte ; il ne faut pas détourner le mot syphilide de son sens propre qui est de désigner toute éruption cutanée ou muqueuse de nature syphilitique et rien autre chose. Ce mot, du reste, a dans le langage dermatologique des équivalents auxquels on prête une signification semblable ; telles les scrofulides, les diabétides, les arthritides.

L'expression de mélanodermie ne me semble pas juste également. Elle signifierait en effet exagération de la pigmentation cutanée, ce qui n'est pas la caractéristique, je le répète, de ce que l'on appelle couramment la syphilide pigmentaire.

Poelchen, dans les *Archives de Virchow* de 1887, se sert du mot vitiligo. Son travail me semble entaché d'une double erreur. Il prétend d'abord que les plaques de vitiligo succèdent toujours à des taches de

roséole. Or la roséole spécifique occupe le cou à titre exceptionnel, et à supposer que les taches blanches succèdent à des taches roséoliques dans quelques cas, ces cas sont assurément bien rares. Pour notre compte, nous ne l'avons jamais remarqué. En outre, il ne s'agit pas d'un vitiligo, mais bien d'îlots de peau normale. Inutile de revenir sur ce point, jugé, ainsi que nous l'avons dit plus haut, par les recherches de Tanturri. En revanche, Poelchen a visé juste, selon nous, en considérant comme spécifiques, non pas la teinte bistre du cou, mais bien les flots blancs disséminés au sein de la zone pigmentaire.

La meilleure dénomination, à notre avis, est celle de leucodermie syphilitique, en n'attachant pas à cette expression un autre sens que celui qui résulte de l'aspect objectif de la lésion. Dans le cas particulier, il ne faut donc pas donner au mot leucodermie la signification que lui attribue Kaposi, en la considérant comme synonyme d'absence de pigment dans l'épiderme.

Quant à la pathogénie de cet accident bizarre, particulièrement rebelle à la thérapeutique spécifique, elle n'est pas encore élucidée. La plupart des syphiligraphes pensent que la leucodermie syphilitique résulte de la dénutrition générale et de l'altération des globules sanguins, qui accompagnent la période secondaire de la maladie. D'autres supposent que le système nerveux est le point de départ de la lésion et qu'il s'agit d'un trouble trophique de la pigmentation. Il est certain que, chez la femme principalement, le système nerveux est souvent fortement ébranlé dès le début de la syphilis. Cette hypothèse est donc très rationnelle et plus proche peut-être de la vérité que celle qui attribue la leucodermie à la chloro-anémie, contemporaine des accidents secondaires. Toutefois la solution de ces problèmes nécessite des recherches longues et patientes, que le temps ne m'a pas permis encore d'exécuter.

M. VIDAL. — L'expression de leucodermie est inexacte : en effet, comme vient de le rappeler M. Renault, on a trouvé à l'examen histologique la peau absolument normale au niveau des points qui présentent une coloration blanche. En explorant la sensibilité, au moyen du compas de Weber, j'ai trouvé une diminution, moins marquée que dans le vitiligo, mais cependant très réelle. Je crois, pour ma part, qu'il faut conserver l'expression de syphilide pigmentaire.

M. HALLOPEAU. — On peut se demander si la syphilide pigmentaire n'est pas le reliquat de la roséole : en effet, on voit souvent les malades après que la roséole a disparu et il serait bon de rechercher si elle n'a pas existé auparavant.

M. VIDAL. — Pendant longtemps, j'ai cru que la pigmentation du cou était toujours consécutive à des lésions syphilitiques antérieures ; mais depuis j'ai pu me convaincre, dans certains cas que j'ai suivis avec soin, qu'elle pouvait n'être précédée par aucune autre lésion locale.

M. HALLOPEAU. — Je ferai remarquer que presque tous les syphilitiques ont la roséole ; au cou, elle est difficile à voir, peu appréciable ; elle peut passer inaperçue et ne se révéler que par la pigmentation qui lui succède.

M. FEULARD. — Dans la syphilide pigmentaire, les parties blanches ont conservé leur coloration normale ; elles ne paraissent décolorées que par suite du contraste produit par les parties voisines hyperpigmentées, M. Fournier a l'habitude de mettre ce fait en évidence en faisant regarder ces parties à travers un trou percé dans un morceau de papier et en prenant pour terme de comparaison la peau saine du voisinage.

M. BALZER. — La syphilide pigmentaire n'est pas rare chez l'homme, et cela non seulement chez les sujets à peau très fine, quelque peu féminisés, mais encore chez les sujets vigoureux, à téguments épais.

M. ERN. BESNIER. — Il est de notoriété courante, à l'hôpital Saint Louis, que la syphilide pigmentaire n'est pas exceptionnelle chez l'homme.

Les taches blanches qui sont disséminées au milieu des régions hyperpigmentées ne sont pas leucodermiques, mais présentent la coloration normale de la peau. Quant à la question de savoir si la pigmentation est primitive ou secondaire à une autre altération cutanée, la deuxième hypothèse est théoriquement plus admissible, car, d'une façon générale, l'hyperchromie est plus rarement primitive que secondaire. En outre, on peut faire remarquer que, au cou, la roséole est souvent fruste et que, néanmoins, une roséole fruste peut être l'origine de cette modification dans la pigmentation. Cliniquement, la question me paraît insoluble ; seules, des études histologiques pourraient la trancher.

M. DE BEURMANN. — Je serais disposé à voir dans la syphilide pigmentaire le reliquat de quelque altération antérieure. J'ai remarqué à Lourcine qu'un certain nombre de femmes atteintes de syphilis secondaire ont un facies particulier, leur donnant une fausse apparence florissante, par suite d'une congestion diffuse des téguments, d'une altération en somme très superficielle : il se peut que la syphilide pigmentaire soit le résultat de lésions de ce genre qui passent très facilement inaperçues.

ÉRYTHÈME PAPULEUX ANORMAL

Par M. H. HALLOPEAU

Je vous présente de nouveau le malade que j'ai montré dans la dernière séance comme atteint d'une dermatose érythémateuse et papuleuse de nature indéterminée (1) ; on peut constater que, partout, son éruption est

(1) *Bullet. Soc. dermatologie*, 1891, p. 324.

en voie de régression ; les plaques érythémateuses ont beaucoup pâli et les saillies papuleuses restent à peine appréciables : cette évolution rapide est en faveur de l'opinion émise par M. Vidal, opinion d'après laquelle il s'agirait d'un *érythème papuleux*. On ne peut méconnaître cependant que les caractères de la maladie ont été très différents de ceux que l'on observe habituellement dans cette affection : en effet, l'éruption a débuté par le tronc et le visage pour n'envahir les membres que secondairement, contrairement à ce qui est de règle dans l'érythème papuleux ; les plaques érythémateuses ont été, en différents points, et particulièrement sur les parois du thorax, constituées par des taches peu ou point saillantes, de 1 à 2 centimètres de diamètre avec desquamation centrale en forme de collerette ; elles offraient une telle analogie avec les éléments caractéristiques du pityriasis rosé de Gibert qu'un de nos collègues les plus expérimentés et nous-même avons cru d'abord avoir affaire à une variété anormale de cette dermatose ; en d'autres points, les papules, de petites dimensions, irrégulièrement polygonales, et parfois disposées en séries linéaires, offraient assez de ressemblance avec celles du lichen plan pour que l'on ait pu se demander s'il ne s'agissait pas d'une forme aiguë de cette maladie ; ajoutons enfin, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, que les adénopathies, bien que signalées dans l'érythème papuleux, y sont exceptionnelles et qu'elles n'y présentent pas la généralisation qui a été constatée chez notre malade. Il s'agit donc d'une forme très anormale d'érythème papuleux ; elle diffère assez notablement de la forme vulgaire caractérisée par des boutons larges et saillants occupant surtout le dos des poignets et des cous-de-pied et accompagnés d'arthropathies pour que l'on puisse difficilement les rattacher à un même type morbide ; il en constitue tout au moins une forme très anormale. Les différences dans les formes cliniques peuvent s'expliquer, soit par des différences dans la nature de la cause morbifique, soit par des différences dans le mode de réaction du sujet : dans ce dernier cas seulement, on peut admettre qu'il s'agit de formes différentes d'une seule et même maladie ; or on comprend sous le nom d'érythèmes polymorphes des dermatoses tellement distinctes par leurs caractères cliniques et leur marche que l'on peut bien difficilement les rattacher à l'action d'une seule et même cause prochaine ; il est donc probable que des maladies de nature diverse sont confondues sous cette même dénomination, et l'une d'elles nous paraît représentée par le malade qui fait l'objet de cette communication. L'existence des adénopathies multiples nous a conduit à penser qu'elle était de nature inflammatoire. Nous nous sommes assuré qu'il ne s'agit pas d'une affection pathogénétique ; le malade n'avait pris aucun médicament lorsqu'elle a débuté.

ÉRUPTION BROMURIQUE POLYMORPHE CHEZ UNE FEMME DE CINQUANTE ANS

Par M. L.-J.-B. MARTY.

Dans la séance du 11 juin dernier, MM. Feulard et Cayla ont présenté à la Société deux malades fort intéressants, atteints de bromisme cutané. J'ai eu occasion d'observer moi-même, il y a déjà quelque temps, un cas de même nature que je me proposais de publier. Le moment ne saurait être mieux choisi, puisqu'il vient faire suite à ceux relatés par nos confrères.

Il s'agit d'une éruption polymorphe, survenue chez une femme nerveuse, âgée de cinquante ans, à laquelle j'avais administré quotidiennement 1 gramme de bromure de potassium et 1 gramme de bromure de sodium mélangés dans du sirop d'écorces d'oranges amères. La médication, fort bien supportée pendant quelques jours, donna lieu, au bout de trois semaines environ, à de l'intolérance gastrique, et à une éruption polymorphe. Cette éruption était constituée, sur certains points, par des taches érythémateuses simples ; sur d'autres, par des éléments papuleux auxquels venaient se joindre çà et là des pustules acnéiques. Sur d'autres places, existaient de véritables furoncles, et, enfin, à la face postéro-externe du bras gauche, survint un anthrax assez volumineux et assez étendu. Tous ces accidents guérirent très rapidement par la suspension des bromures et par des lavages boriqués prescrits plutôt à titre de prophétie que de médicaments. J'écartai, à dessein, toute médication active.

Voici du reste l'observation de ma malade :

M^{me} M..., âgée de cinquante ans, habitant en province, nerveuse, mais ayant toujours joui d'une bonne santé, m'est adressée au mois de septembre 1889, par un confrère ami, pour un petit épithéliome superficiel situé à l'aile gauche du nez, dans le voisinage de la pointe. Ce petit néoplasme, qui existe depuis quatre ans, a été traité par des pommades variées à base de turbith, d'oxyde de zinc, de soufre, etc., etc. On a même mis à la malade, à titre d'exutoires, deux mouches de Milan, l'une à la nuque, l'autre au bras gauche. Ces divers traitements n'ont produit aucun bon effet. Bien plus, les pommades n'ont fait qu'irriter la lésion qui s'est accrue, et, quand M^{me} M... s'est présentée à moi, son épithéliome avait les dimensions d'un haricot, était croûteux, grisâtre, suintant, saignant au moindre attouchement. J'enlevai cette néoplasie avec une curette tranchante, et après en avoir bien raclé les points d'implantation je les cautérisai au thermocautère. Pansement iodoformé. Les suites furent des plus simples, et, environ une semaine après, la cicatrisation était complète.

Mais là n'est pas le côté intéressant de l'observation, celui qui a motivé ma communication. M^{me} M..., ai-je dit, est une femme nerveuse, qui, sous l'influence de la ménopause, a vu s'accroître ses troubles névropathiques. Je dus donc instituer un traitement bromuré, auquel, du reste, elle avait été soumise à plusieurs reprises, et qui avait été bien supporté. Je prescrivis quoti-

diennement 1 gramme de bromure de potassium, et 1 gramme de bromure de sodium dans du sirop d'écorces d'oranges amères. (En tout, 2 grammes de bromures, par jour, dose assez faible, en vérité !) Cette médication, fort bien supportée d'ailleurs au début, donna lieu au bout de trois ou quatre jours à quelques pustules d'acné qui survinrent au front et au menton. Rien autre chose. La malade paraissait bien se trouver de ce traitement, quand, trois semaines environ après (6 octobre), elle vint me montrer une éruption presque généralisée. Les membres inférieurs seuls étaient à peu près indemnes. Voici en quoi consistait cette éruption : Sur le tronc, en avant, en arrière et sur les côtés, des taches érythémateuses disséminées d'un rouge assez vif, d'apparence scarlatiniforme sur certains points, et dont l'aspect rappelait bien celui des toxidermies. A cet érythème venaient se joindre, par places, des éléments papuleux et acnéiques. C'est surtout au front, au menton, et dans les régions du dos et des fesses (sièges de prédilection, du reste) qu'il y avait des pustules d'acné. Quelques rares éléments de folliculite se remarquaient à la partie supérieure des cuisses. A la nuque, deux furoncles de la grosseur d'une noisette. Au bras droit, à la partie supérieure et externe, dans le voisinage du deltoïde, autre furoncle de mêmes dimensions, mais plus aplati, plus étalé. Pas de douleur, sauf pour quelques éléments acnéiques et furonculieux déterminant quelques élancements pénibles. Pas de démangeaison. Enfin, à la partie moyenne et postéro-externe du bras gauche, on voyait un anthrax de la dimension approximative d'une pièce de 5 francs en argent. Cet anthrax, sous l'influence de cataplasmes que la malade s'est appliqués d'elle-même, s'était ouvert en plusieurs points et présentait cinq pertuis d'où s'échappaient des bourbillons épais, sanieux, purulents entourés de fongosités limitant les bords des orifices. Les autres points étaient indurés et tout autour de la lésion principale, existait une zone inflammatoire, rouge, dure, chaude, occupant sur le bras un espace de 7 centimètres de diamètre. Douleur vive, s'exaspérant au moindre contact.

Léger mouvement fébrile. En même temps, phénomènes d'intolérance gastrique. Les urines chargées de dépôts ne contenaient ni sucre ni albumine.

Je pensai immédiatement que la médication bromurée pouvait ne pas être étrangère à ces accidents cutanés et gastriques et j'engageai M^{me} M... à cesser le sirop bromuré, à laver anthrax et furoncles avec de l'eau boriquée, et à maintenir, pendant quelques jours sur le premier des compresses de tarlatane imprégnées de solution d'acide borique et recouvertes de toile gommée. Traitement bien anodin dans la circonstance, mais institué à dessein de cette manière.

Trois jours après (9 octobre) amélioration notable, l'éruption était en voie de disparaître et avait disparu complètement onze jours après (17 octobre). L'anthrax était cicatrisé, mais la cicatrice était élevée un peu au-dessus du niveau de la peau périphérique ; c'était une sorte de cicatrice chéloïdienne, sur laquelle on appliqua des rondelles d'emplâtre de Vigo, surtout à titre d'isolant.

Le 22 octobre; la malade qui était guérie, rentra dans son pays. Revenue plus tard à Paris, j'eus occasion de la revoir. La cicatrice de son anthrax était de niveau avec la peau saine. Son épithéliome n'avait pas reparu et elle jouissait d'une assez bonne santé. Chose curieuse ! en province, on lui avait fait prendre à nouveau du bromure de potassium, et elle n'avait éprouvé

aucun accident autre que quelques pustules d'acné à la face, surtout au front.

Le climat de Paris, que cette dame habitait passagèrement, et auquel elle n'était pas habituée, aurait-il contribué concurremment avec les bromures dont l'influence ne saurait être mise en doute, à la production de ces accidents ? C'est ce que je ne saurais déterminer d'une façon certaine.

Cette observation m'a paru présenter un certain intérêt.

1° Elle montre, une fois de plus, que les bromures administrés, même à faible dose, peuvent déterminer des troubles assez sérieux, notamment des lésions cutanées, quelquefois assez graves, et que, par suite, il faut surveiller leur action. Ce fait est du reste bien établi. MM. Hardy, Brocq, Jacquet et Kaposi en ont cité des exemples au Congrès de 1889.

2° Elle vient à l'appui de ce que faisait remarquer dernièrement M. le professeur Fournier, à savoir que la tolérance d'un même médicament chez un même sujet, varie d'une époque à une autre.

VERGETURES DES MEMBRES INFÉRIEURS PENDANT LA CONVALESCENCE D'UNE DERMATITE EXFOLIATIVE

Par M. Du CASTEL.

Le 19 mars dernier, entre salle Lorry, n° 30, la nommée R..., âgée de 17 ans, couturière. Cette malade était atteinte depuis deux mois d'un impétigo avec séborrhée du cuir chevelu et de la région dorsale. La santé générale était excellente. Quelques jours après son entrée elle était prise d'une dermatite exfoliative des plus intenses : altération généralisée de la peau, squames imbriquées en écailles, desquamation abondante, fièvre intense, chute des cheveux et des sourcils, chute des ongles ; mais deux phénomènes prirent une intensité spéciale, ce furent la diarrhée et les troubles cérébraux. La malade, qui était au moment de son entrée d'une intelligence au-dessus de la moyenne pour le milieu où se recrute la clientèle hospitalière, tomba dans un état d'enfance, d'idiotie complète, ne paraissant plus comprendre les questions qu'on lui posait, inconsciente de ses actes, poussant la nuit des cris inarticulés qui avaient rendu son voisinage insupportable pour les malades de la salle. L'émaciation devint extrême. Après près de trois mois de cet état, la convalescence est enfin survenue ; la malade a commencé à reprendre des forces, un peu d'embonpoint ; aujourd'hui elle mange bien, peut s'asseoir dans un fauteuil, mais est incapable de se tenir debout. Cette impossibilité de la station est occasionnée par un état tétanique des membres inférieurs. Aussitôt que la malade veut mettre le pied par terre, le pied s'étend sur la jambe dont tous les muscles entrent dans un état de convulsion tonique des plus intenses ; il est absolument impossible, même en appuyant fortement sur l'extrémité du pied, de fléchir celui-ci sur la jambe. C'est cet état convulsif de contracture qui empêche la station. La sensibilité cutanée est normale. En même temps que la contracture il se produit des

troubles circulatoires très accusés de la peau, qui se congestionne, se cyanose, devient d'une teinte violacée livide.

L'intelligence est en grande partie revenue, mais n'a pas encore repris toute son activité.

Depuis une huitaine de jours des vergetures se sont produites sur les membres inférieurs, auxquels elles sont limitées; elles sont transversales, perpendiculaires à l'axe du membre, occupent surtout la partie postérieure et médiane de la jambe, la partie externe de la cuisse où elles sont moins nombreuses; elles font défaut immédiatement au-dessus de la rotule et des malléoles..

La venue de ces vergetures chez une malade en convalescence de dermatite exfoliative m'a semblé présenter un certain intérêt, au point de vue de la pathogénie des vergetures.

Faut-il les regarder comme une simple conséquence de l'amaigrissement considérable éprouvé par la malade? Je ne le crois pas; en pareil cas et si l'accident survenait par suite de trouble subi par la nutrition générale, les lésions devraient être généralisées comme l'état morbide dont elles relèveraient; le ventre, les fesses n'auraient pas échappé aux lésions qui atteignent les jambes.

Faut-il voir dans les vergetures un accident de croissance chez une convalescente? Cette explication ne me paraît pas encore suffisante; les régions de la peau situées au-dessus des malléoles et de la rotule, régions qui constituent le siège de prédilection des vergetures de croissance, sont indemnes et la lésion occupe plutôt les régions médianes des membres. J'ai observé, il y a deux ans, chez une malade atteinte d'érysipèle ambulante de la jambe droite, des vergetures que j'ai cru pouvoir considérer comme des vergetures de croissance à développement favorisé par l'érysipèle. La localisation des lésions était tout autre. L'érysipèle s'était promené pendant plusieurs semaines sur le membre inférieur droit et s'était accompagné d'abcès angioleucitiques; pendant la convalescence les vergetures se montrèrent au-dessus de la malléole externe et de la rotule du membre malade; rien de semblable ne se produisit sur le membre non atteint par l'érysipèle; étant donnée la place occupée par les vergetures, je me crois en droit de conclure que ces vergetures occupant la région du cartilage épiphysaire étaient des vergetures de croissance dont le développement avait été favorisé par les lésions cutanées occasionnées par l'érysipèle. Chez notre malade actuelle, le siège habituel des vergetures de croissance est respecté, c'est pour cela que je ne crois pas pouvoir adopter une hypothèse analogue.

Mais en présence des accidents nerveux intenses dont la malade a souffert, en présence des accidents qu'elle présente du côté des membres inférieurs où nous observons des contractures tétaniques des muscles qui rendent la station debout impossible, en présence des troubles circulatoires très marqués au niveau de la peau, je me demande s'il ne s'agit pas de troubles trophiques d'origine nerveuse, présentant quelque pa-

renté avec ces troubles trophiques graves si fréquents au cours de la dermatite exfoliative et sur lesquels mon maître M. Vidal a légitimement insisté.

UN CAS DE LICHEN PLAN TRAITÉ PAR L'HYDROTHERAPIE

Par M. L. JACQUET.

L'emploi méthodique de l'hydrothérapie est peut-être un peu trop négligé aujourd'hui dans les dermatoses qui paraissent être sous la dépendance d'un trouble du système nerveux. Voici tout au moins un fait qui semble le prouver en ce qui concerne le *lichen plan*, que nous regardons avec la majorité des dermatologistes contemporains (Fox, Hutchinson, Mackensie, E. Besnier, Köbner, etc., etc.), comme une dermatoneurose, bien que les relations, le *trait d'union* entre le système cérébro-spinal et la lésion cutanée soit encore inconnu.

M^{me} X..., 36 ans, sans antécédents nerveux héréditaires ou personnels avérés, a été souffrante pendant tout l'été de 1890 (maux de tête continuels, bronchites légères, pertes blanches plus abondantes que d'habitude). A ces troubles vinrent se joindre des ennuis domestiques imprévus, et enfin dans les premiers jours d'octobre survint un catarrhe de la trompe d'Eustache droite, qui entraîna une surdité relative. Ce dernier incident fut particulièrement désagréable pour la malade qui est concierge, et lui causa de nombreux désagréments. Dans ces conditions, vers les premiers jours d'octobre, elle a été prise d'énervement de plus en plus marqué, d'insomnie, d'inappétence puis de démangaisons surtout nocturnes, et enfin, vers le 15 octobre, d'une éruption de lichen plan typique sur les avant-bras, les bras, le tronc, la région lombo-sacrée et les cuisses. La face, le cou, les épaules, les pieds, les mains et les muqueuses restèrent indemnes.

Je lui prescrivis des applications de glycérolé tartrique, des bains et de la liqueur de Fowler.

Jusqu'au milieu de novembre, l'état ne fit qu'empirer, les démangaisons, l'éruption, l'énervement et l'insomnie augmentèrent ; je dois reconnaître, d'ailleurs, que la malade ne put suivre son traitement de façon très scrupuleuse, à cause des exigences de sa profession. Je lui conseillai alors l'hydrothérapie sous forme de douches tièdes à 35° suivies d'une courte affusion froide. *En très peu de jours* une détente complète se produisit : l'énervement diminua, le sommeil et l'appétit reparurent, les démangaisons se calmèrent. L'éruption commença à s'atténuer vers la fin de la troisième semaine : il y eut une rechute légère, quelques papules nouvelles apparurent en même temps qu'un peu d'œdème et d'hyperesthésie aux pieds, mais cette rechute fut de très courte durée et, à la fin de décembre, cette malade, complètement guérie, n'ayant plus que des macules, cessa les douches. Elle n'avait fait, depuis leur début, aucun autre traitement.

Au mois de mai 1891 eut lieu une menace de récidive. L'énervement et le prurit reparurent, puis quelques efflorescences que je n'ai pas constatées moi-même, mais qui, m'a dit la malade, ressemblaient aux précédentes. Elle reprit ses douches et tout rentra rapidement dans l'ordre.

En résumé, un lichen plan, d'intensité moyenne, a été *immédiatement* soulagé dans ses symptômes subjectifs et assez *rapidement* guéri dans ses manifestations objectives par le seul traitement hydrothérapique. Sa durée totale a été de deux mois environ, ce qui est relativement court.

Je crois que dans les dermatoses aussi étroitement liées que le lichen plan à un trouble du système nerveux, on aurait grand avantage, sauf, bien entendu, contre-indications d'ordre général, à employer plus volontiers qu'on ne le fait actuellement le traitement hydrothérapique sous la forme qui paraîtra la plus applicable et la mieux appropriée à chaque cas particulier.

M. ERNEST BESNIER. — Le lichen plan est, au point de vue de l'intensité des symptômes, comme au point de vue de sa durée, une affection trop grave pour qu'il n'y ait pas lieu de continuer l'essai thérapeutique qui a si bien réussi à M. Jacquet. Jusqu'ici, malgré l'élément nerveux indiscutable dans cette affection, on n'avait pas obtenu de résultats appréciables de l'emploi des médicaments anti-nerveux.

Il y a là cependant une voie à poursuivre et on y rencontrerait peut-être le succès dans le traitement de diverses affections cutanées à élément nerveux manifeste. J'emploie depuis quelque temps dans mon service l'antipyrine contre les affections prurigineuses. Dans un cas de prurit cutané intense, datant de quatre ans, contre lequel on avait appliqué inutilement un grand nombre de moyens, j'ai obtenu très rapidement, au moyen de l'antipyrine, une amélioration considérable, équivalant presque à la guérison. Chez plusieurs autres malades, j'ai vu le prurit nocturne se calmer, ce qui leur a permis de goûter un repos dont ils ne jouissaient pas avant l'emploi de ce moyen. Il y a cependant un écueil à cette médication : chez un certain nombre de malades atteints de lésions cutanées, à marche aiguë, surtout dans les dermatoses sécrétantes, j'ai vu survenir des phénomènes inflammatoires intenses, et, chez l'un d'eux, la dermite est devenue, au voisinage d'un malade atteint de septicémie externe, l'origine d'une lymphangite grave.

M. MOREL-LAVALLÉE. — Je me suis servi plusieurs fois avec succès dans l'urticaire, de l'antipyrine déjà conseillée par M. Nitot. Dans un cas d'eczéma lichénoïde périvulvaire, des démangeaisons intenses qui résistaient à tous les traitements ont cessé après l'administration des bromures.

M. ALB. MATHIEU. — Chez un malade hystérique et polyurique atteint

de prurit généralisé, auquel j'avais administré de l'antipyrine contre la polyurie, j'ai vu disparaître le prurit à la suite de ce traitement.

A PROPOS DE LA NÉVRITE DU ZONA

Par M. T. BARTHÉLEMY.

J'observe en ce moment en ville deux malades atteints de zona, que je demande à la Société la permission de lui décrire brièvement.

L'un, âgé de 68 ans, est un diabétique, arthritique, athéromateux, qui a eu une éruption zostérienne le long du bras, de l'avant-bras, de la main et des doigts, dans la zone d'innervation du radial. L'éruption, de très moyenne intensité, ne fut remarquable que par la forte pigmentation qu'elle laissa, et par les douleurs violentes et lancinantes qui l'accompagnèrent. Tous les symptômes de la névrite ne tardèrent pas à se produire : troubles de la sensibilité, anesthésie douloureuse, troubles trophiques, infiltration œdémateuse des doigts (doigts boudinés, comme dit familièrement M. le professeur Fournier), contractions fibrillaires et même musculaires très fréquentes, véritable paralysie surtout des muscles pronateurs, enfin atrophie assez marquée non seulement dans les points qui furent le siège de l'éruption, mais depuis les interosseux et les extenseurs jusque dans le deltoïde, le grand dentelé et le grand pectoral. Ces troubles trophiques, qui persistent encore après plusieurs mois, se sont développés assez rapidement après l'éruption ; mais manifestement les troubles trophiques et surtout les troubles du côté des muscles moteurs apparurent consécutivement à ceux qui s'étaient produits le long des trajets sensitifs.

Toutefois, dans ce cas, cette successibilité de phénomènes morbides n'est pas facile à démontrer puisque les nerfs touchés dans le zona du bras sont des nerfs mixtes et très souvent entrecroisés, anastomosés, confondus.

Il n'en est pas de même dans le second cas où le zona s'est développé sur la branche inférieure du trijumeau, occupant la zone de l'auriculo-temporal et surtout celle du nerf maxillaire inférieur. Ici encore il s'agit d'un homme déjà âgé, artérioscléreux par éthylisme dit des gens du monde, mais très net, qui a eu à l'occasion de son zoster des douleurs lancinantes très violentes et une éruption peu abondante, quoique très nette surtout dans la bouche. Or, dans la huitaine qui a suivi les troubles sensitifs développés le long du trijumeau, des troubles moteurs de la plus haute gravité et d'une ténacité extrême se sont déclarés dans les muscles innervés par le facial. Le malade fut atteint d'une paralysie de la 7^e paire, typique, complète, du facial inférieur et supérieur, avec impossibilité de fermer les yeux, de souffler, de siffler, de retenir les larmes et la salive, de parler nettement, etc. Pendant six semaines, l'orbiculaire des paupières fut complètement paralysé ; il n'y a guère qu'une quinzaine de jours, qu'il y a commencement d'occlusion, mais la face reste et restera encore longtemps tirée de travers et asymétrique.

Je n'insiste pas sur la description clinique de ces cas qui ne sont pas absolument graves, mais je désire attirer l'attention de la Société sur la

successibilité, ici très nette, des troubles moteurs consécutifs aux troubles sensitifs. Comme il s'agit ici, non pas d'un nerf mixte, mais bien de deux nerfs distincts, l'un presque complètement sensitif, l'autre exclusivement moteur; comme ces deux troncs nerveux ne sont réunis que par de faibles et rares anastomoses, il me semble impossible que l'affection ne se soit pas transmise de l'un à l'autre par l'intermédiaire du système nerveux central.

Cette propagation s'est faite trop rapidement, me semble-t-il, pour que l'on n'admette pas ici un agent infectieux et une dégénérescence consécutive, très profonde dans un cas, ainsi que le montrent les réactions électriques constatées par mon ami le D^r Oudin.

C'est donc un argument à l'appui de la théorie infectieuse généralisée du zona, théorie de Landouzy. J'en trouve un autre argument dans un fait que j'ai publié (*Annales de dermatologie*, 1891, p. 18), et dans lequel des adénopathies multiples, ayant précédé l'éruption zostérienne et n'étant antérieures que de deux jours, ont été nettement constatées. Ces adénopathies multiples, presque généralisées, aiguës, douloureuses, ne durant que quelques jours, ne sont pas rares dans les maladies infectieuses, non seulement dans les types chroniques comme la syphilis et la tuberculose, mais encore dans les types aigus, dans la varicelle par exemple, comme j'ai eu tout récemment l'occasion d'en observer un exemple fort net au second jour d'une varicelle dans des points ne correspondant nullement aux quelques pustules déjà apparues.

Dans ce cas, comme dans le zona, le fait de voir le système lymphatique intéressé, me paraît une preuve, ou du moins un argument en faveur de la nature infectieuse et d'emblée générale de l'infection, et un cas particulier de l'infection zostérienne. C'est là le point qui m'a paru intéressant de signaler à la Société.

DE L'EXCISION DU CHANCRE SYPHILITIQUE

Par M. HUMBERT.

Sur douze syphilitiques auxquels j'ai pratiqué l'excision du chancre, et que j'ai pu suivre assez longtemps pour apprécier les résultats de mon intervention, onze ont eu des accidents secondaires; un seul est resté, jusqu'à présent, indemne de toute manifestation spécifique.

C'est un jeune homme de 23 ans, qui se présente à l'hôpital du Midi, le 3 janvier 1891, avec deux chancres syphilitiques de la face interne du prépuce, au voisinage de la rainure; leur début remontait à dix jours

environ. Il y avait une adénopathie inguinale évidente, mais faible. Séance tenante, je fis l'excision, en ayant soin de dépasser largement les limites de l'induration. Les lèvres des deux petites plaies furent aisément rapprochées à l'aide de quelques serres-fines, et la réunion fut immédiate. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis deux ans et demi, j'ai revu ce malade tous les mois, régulièrement ; jamais je n'ai pu constater le moindre signe de syphilis. Il ne s'est lui-même aperçu de rien, bien qu'il s'observe très soigneusement.

Voilà donc un succès. Cependant je ne me l'attribue pas ; je continue à ne pas croire, jusqu'à preuves nouvelles, à l'efficacité de la méthode abortive. Et je n'y croirai pas tant que ses indications ne reposeront pas sur des données plus précises ; tant qu'elle ne s'appuiera pas sur des faits plus nombreux et surtout plus indiscutables, car beaucoup de ceux qu'on porte à son actif ne méritent pas de figurer dans une statistique sérieuse.

Nous ne savons ni à quel moment, ni dans quelles conditions nous devons exciser les chancres pour obtenir, pour pouvoir même espérer un résultat favorable. Les excisionnistes les plus convaincus auraient certainement quelque peine à nous renseigner à cet égard. Sans doute il faut autant que possible opérer de bonne heure ; mais il est surabondamment démontré que l'excision la plus hâtive n'empêche pas l'infection ; je ne reviendrai pas sur des faits connus de tout le monde, et qui ont été, ici même, rappelés plus d'une fois. D'autre part, à côté de ces exemples d'éradication immédiate suivie d'accidents à bref délai, on cite des succès obtenus 15 jours, 20 jours même après l'apparition du chancre ; tels sont deux cas rapportés par M. Jullien, dans une communication à la Société de médecine, au mois de décembre dernier. Tout récemment encore notre collègue nous parlait de deux malades qu'il avait opérés, l'un au huitième jour, l'autre au douzième ; chez le premier, la syphilis avait suivi sa marche habituelle ; le second n'avait éprouvé aucun accident.

Il y a dans ces faits des contradictions véritablement inexplicables, à moins d'admettre que l'infection générale ne suit aucune règle, qu'elle se fait quand bon lui semble, que le virus peut tantôt se répandre immédiatement dans l'organisme, tantôt rester cantonné au siège du chancre, et cela pendant un temps qui varie de quelques heures à trois semaines. Si tel est le fondement de la nouvelle doctrine, l'ancienne ne me semble guère ébranlée, il est au moins prématuré de dire « qu'elle a fait son temps ».

Je dois ajouter que l'on nous recommande de tenir compte de l'adénopathie et d'intervenir de préférence avant son apparition ; mais c'est encore un précepte qui a peu de valeur, car un certain nombre de succès attribués à l'excision, et fournis par des malades dont les ganglions étaient déjà manifestement atteints, lui donnent un démenti formel. L'adénopathie était-elle peu prononcée ? C'est possible ; mais il suffit qu'elle existe ; jamais son volume n'a été en rapport avec le degré de l'infection,

avec la marche ultérieure de la maladie. N'est-elle pas souvent faible, presque nulle au début d'une syphilis qui évoluera avec tout le cortège de ses manifestations habituelles, qui pourra même être grave, tandis que dans les véroles les plus bénignes elle acquiert quelquefois des proportions considérables ? Si l'existence de l'adénopathie marquait réellement que l'infection est accomplie, comment expliquer les succès obtenus au bout de deux ou trois semaines ? Et s'il était vrai que son volume répondît à l'intensité de la syphilis, pourquoi ne pas admettre que les sujets dont les ganglions n'étaient que légèrement touchés auraient retiré du simple traitement médical les bénéfices qu'on met au compte de l'excision ?

En somme, nous ne trouvons d'indications valables ni dans l'âge du chancre, ni dans la présence ou le degré de l'adénopathie. Rien ne peut nous faire présager un échec ou un bon résultat. Voilà pourquoi je suis en droit de dire qu'on opère au hasard, qu'on doit au hasard les succès qu'on obtient, ce qui n'est pas fait pour leur donner beaucoup de poids.

Quoi qu'il en soit, à défaut d'une théorie vraisemblable, on se contenterait volontiers des faits, on s'inclinerait devant eux, s'ils en imposaient au moins par leur nombre, s'ils étaient tous à l'abri de la critique ; malheureusement il n'en est rien.

Sans refaire ici une statistique complète, il est indéniable que, dans la grande majorité des cas, l'excision échoue ; et ce nombre d'insuccès est incompréhensible si l'on admet que le chancre est en réalité l'accident primitif et purement local de la syphilis. Sur 18 excisions, M. Jullien compte 3 succès ; encore faut-il remarquer qu'un de ses opérés a eu « une amygdalopathie suspecte » ; un autre n'a pas tardé à contracter de nouveau la syphilis ; ce serait le plus beau cas connu, si le diagnostic est exact. Sur 12 malades, j'ai eu moi-même un succès ; la proportion est à peu près la même. Mais qui donc, sur un nombre donné de syphilis, n'en a pas rencontré quelques-unes d'une extrême bénignité, pour ainsi dire nulles, à tel point que pendant des années on n'a pu observer aucune espèce d'accidents ? On a déjà cité bien des cas de ce genre, j'en ai vu moi-même plusieurs exemples ; je n'en rapporterai qu'un qui ne peut laisser aucun doute, le diagnostic ayant été confirmé par M. Fournier. Il y a sept ans, je lui conduisais une jeune femme atteinte d'un chancre syphilitique de la face externe de la grande lèvre droite ; je l'ai suivie depuis sans interruption, je l'ai vue toutes les semaines d'abord, puis tous les mois. Quelques phénomènes généraux au début, une légère angine insignifiante, sans plaques muqueuses, et cela a été tout, absolument tout. La santé n'a jamais cessé d'être parfaite, et elle l'est encore. Quel succès, si l'on avait pratiqué l'excision ! J'attends donc, pour croire à la vertu de la méthode abortive, que le nombre des cas heureux consécutifs à l'excision se montre incontestablement plus considérable que celui des syphilis qui, traitées médicalement, demeurent à l'état latent. Encore faudra-t-il, pour qu'une statistique compa-

rative ait de la valeur, que les observations soient faites autant que possible dans les mêmes conditions d'âge, de sexe, de santé, de milieu social, conditions si importantes au point de vue du pronostic de la syphilis, dont la gravité dépend moins de la qualité du virus que de celle du terrain sur lequel il est déposé.

Il faudra surtout se garder de faire entrer en ligne de compte des faits que rien n'autorise à considérer comme des résultats favorables de l'excision. Si les succès complets sont discutables, si nous admettons qu'il s'agit là de simples coïncidences, les excisionnistes, de leur côté, sont en droit de les revendiquer, tant que la syphilis, chez leurs opérés, reste silencieuse. Mais, ce que j'ai peine à concevoir, ce sont les cas où l'excision, « n'ayant pas été héroïque, a été du moins bienfaisante », où l'on prétend qu'elle a produit, sinon la guérison radicale, au moins l'atténuation de la syphilis. Ici, en effet, l'infection est accomplie, on le reconnaît; les malades sont bien et dûment syphilitiques; en quoi leur syphilis est-elle atténuée?

Est-ce parce que les accidents secondaires sont retardés? Mais qu'en sait-on? M. Jullien va certainement un peu loin lorsqu'il affirme que, la roséole apparaissant mathématiquement le 42^e jour, le bénéfice de l'excision s'est fait sentir chez des sujets qui ne l'ont vue survenir que 52 jours, en moyenne, après le début du chancre.

Est-ce parce que les accidents secondaires sont peu nombreux? Quelques taches de roséole, quelques papules seulement qu'on peut compter? C'est pour le coup que nous voyons souvent, en dehors de toute excision, des cas analogues. Mais que signifient-ils? Rien, parce qu'ils n'engagent pas l'avenir, parce qu'on ne peut jamais dire que la vérole la plus bénigne à ses débuts ne deviendra pas grave plus tard.

Il y a des syphilis complètes ou frustes, intenses ou faibles, régulières ou anormales; mais il n'y a pas de syphilis atténuées; c'est un mot qui ne veut rien dire, et dont on fait un singulier abus. On semble oublier que la gravité réelle de la syphilis ne dépend ni de la date, ni du nombre, ni de l'étendue ou de la durée des lésions, mais de leur siège. Et je crois que le malade qui aura été rongé de syphilides, dont la peau sera couverte de cicatrices, et qui jouira d'ailleurs d'une parfaite santé, pourra se vanter d'avoir une syphilis plus « atténuée » que tel autre qui, après une période secondaire à peu près nulle, aura un beau jour dans le cerveau un tubercule gros comme un pois, qui le tuera.

De ce qui précède, conclurai-je qu'il faut s'abstenir d'excoiser les chancres? Nullement. L'excision est dans certains cas un bon mode de traitement, très expéditif. C'est la guérison en quelques heures, sinon de la syphilis, au moins d'un syphilome dont la disparition spontanée peut être quelquefois très longue; c'est en même temps l'occasion de multiplier des expériences que nous serions heureux de voir mieux réussir, de chercher le pourquoi des succès et des échecs, en tenant un compte scru-

puleux des conditions dans lesquelles nous intervenons. Mais, tant que nous n'aurons pas de meilleures preuves de l'efficacité de l'excision, je crois qu'il faut s'abstenir de toute ablation qui réclame plus qu'un simple coup de ciseaux. Jamais, pour ma part, je ne m'attaquerai aux chancres du gland, de la rainure, dont l'éradication exige une véritable opération chirurgicale, parfois délicate, toujours douloureuse et nécessitant l'emploi de l'anesthésie ; car il faut creuser au bistouri le corps spongieux, les corps caverneux, puis suturer les bords de cette large brèche afin d'obtenir une réunion immédiate ; et si cette réunion ne s'effectue pas, ce qui peut arriver, le malade conservera un profond stigmate là où le syphilome, abandonné à lui-même, n'aurait presque jamais laissé de trace appréciable.

Il y a, d'ailleurs, dans cette pratique, une inconséquence et un danger.

L'inconséquence, c'est que les excisionnistes les plus ardents réservent ce genre d'opérations à la verge, alors qu'ils auraient le droit et même, d'après leurs convictions, le devoir de les pratiquer dans toutes les régions où les chancres sont facilement accessibles à l'intervention chirurgicale, à la langue, aux lèvres, par exemple. L'excision d'un coin de la lèvre inférieure, d'un petit lambeau de la langue est sans gravité aucune ; la guérison est rapide, il ne reste aucun vestige de l'opération. Or, qu'est-ce que cela, en comparaison des accidents auxquels sont exposés les syphilitiques ? Quel est celui qui, sérieusement éclairé sur les menaces de l'avenir, et persuadé qu'il peut être guéri immédiatement, hésiterait à s'assurer, au prix d'une si bénigne opération, une immunité définitive ? Ce qu'on fait, dans des proportions autrement considérables pour des tumeurs dont la récurrence est fatale, pourquoi ne pas le faire pour la syphilis, si l'on a la ferme conviction qu'on peut la détruire sur place, pour toujours ?

Le danger de la méthode abortive, lorsqu'elle entre dans le domaine de la chirurgie, c'est d'exposer les malades à une fausse et fâcheuse sécurité. Un syphilitique acceptera l'excision rapide d'un chancre superficiel, uniquement pour être débarrassé de ce chancre ; il continuera à se soigner et à s'observer ; il admettra plus difficilement qu'on lui pratique une véritable opération, pour une lésion destinée à disparaître d'elle-même, s'il n'a pas la croyance qu'en se laissant faire il peut espérer une guérison radicale de sa syphilis. Or, pour peu que les accidents secondaires soient peu accentués, à plus forte raison s'ils sont nuls ou assez légers pour passer inaperçus, ce malade sera en droit de se considérer comme définitivement indemne ; il négligera son médecin, abandonnera son traitement, si tant est qu'il en ait commencé un ; peut-être se mariera-t-il à brève échéance. Et, si des accidents ultérieurs apparaissent, ce qui n'arrivera que trop souvent, il pourra devenir, sans le vouloir et sans le savoir, un agent de propagation de la syphilis.

D'une manière générale, et même réduite à sa plus grande simplicité

opératoire, la méthode abortive doit s'essayer très discrètement ; et ses plus chauds partisans feraient sagement de ne pas proclamer trop haut leurs succès. Ils agissent scientifiquement et consciencieusement, tout le monde le sait ; mais l'excision restera-t-elle toujours entre leurs mains ? Il est permis de ne pas le croire et de redouter le jour où elle sera pratiquée, à l'abri de leur nom et de leur autorité, par les trop nombreux médecins ou soi-disant tels qui ont improvisé leur spécialité, et souvent aussi leurs diplômes.

M. BARTHÉLEMY. — Pour ma part, je me range complètement aux conclusions de M. Humbert. J'ai déjà eu l'occasion d'exposer devant la Société les raisons qui militent en faveur de cette opinion ; je n'y reviendrai pas aujourd'hui. Je rappellerai seulement que l'excision de la sclérose initiale du chancre, me semble insuffisante parce qu'on laisse l'infection dans les vaisseaux et dans les ganglions lymphatiques qui contiennent bien plus de matière virulente qu'il n'en a fallu pour déterminer l'initium de l'infection. Or ces ganglions apparaissent en moyenne vers le 6^e jour ; la plupart des chancres excisés l'ont été même plus tard. Une autopsie faite autrefois par Fournier a montré que, dès cette époque, les ganglions inguinaux étaient pris. Or, même si on enlève ces ganglions, l'éradication ne peut encore être réalisée, la même autopsie ayant démontré que les ganglions iliaques aussi étaient intéressés. Eh bien, avant le 6^e jour, le diagnostic de la nature de la lésion me paraît trop incertain pour que l'on soit sûr d'enlever un véritable chancre syphilitique.

Certains auteurs pensent que l'infection générale précède même l'apparition du chancre, ce qui vouerait l'excision du chancre à l'impuissance définitive. Peut-être n'est-ce pas démontré : je me souviens avoir vu au congrès de Copenhague, en 1884, un sujet présenté par Pontoppidan et qui était porteur de deux chancres syphilitiques absolument incontestables développés dans la région sous-ombilicale. Or ces chancres étaient consécutifs à l'auto-inoculation faite avec du liquide pris sur un chancre antérieur de 8 ou 10 jours et occupant le pénis. Il semble donc difficile d'admettre que l'infection soit générale et que pourtant elle laisse des régions étendues assez indemnes pour que les inoculations successives soient suivies de résultats positifs.

C'est là, je crois, l'argument le plus puissant qui soutienne dans leur espoir les partisans de l'excision. Peut-être peut-on espérer combattre, pendant cette période, la propagation de l'infection ; mais, ce que je ne puis admettre, c'est qu'on puisse y arriver au moyen de l'excision seule du chancre ; si prématurée et si complète soit-elle, cette opération me paraît tout à fait disproportionnée au but visé et poursuivi.

SÉANCE DU 12 NOVEMBRE 1891

Présidence de M. Lailier.

SOMMAIRE. — Sur l'évolution d'un lupus exanthématique en foyers multiples. Présentation de malade par M. HALLOPEAU. (Discussion : MM. HARDY, BESNIER.) — Sur la persistance des effets curatifs de la tuberculine chez deux malades atteints de lupus. Présentation de deux malades par M. HALLOPEAU. (Discussion : MM. HARDY, BESNIER, FOURNIER.) — Hystéro-syphilis. Présentation de malade par M. FOURNIER. — Un cas de « lymphangiome circonscrit » des auteurs anglais (hématangiome dermo-papillaire et hypodermique). Présentation de malade par M. G. THIBIERGE. (Discussion : MM. JACQUET, BESNIER.) — Note sur un cas de lichen de Wilson chez une négresse. Présentation de malade par M. G. THIBIERGE. — Nouveau cas de lichen plan, guéri par l'hydrothérapie. Présentation de malade par M. JACQUET. (Discussion : MM. BESNIER, BARTHÉLEMY, THIBIERGE, LAILLER.) — Un cas de pityriasis rosé. Présentation de malade par M. TENNESON. (Discussion : MM. BESNIER, FOURNIER.) — Ulcère tuberculeux des lèvres. Présentation de pièces par M. TROISIER. — Pelade généralisée au cuir chevelu et à la face traitée par le procédé du Dr Moty (injections antiseptiques et stimulantes intra-dermiques), par M. BARTHÉLEMY. (Discussion : M. BESNIER.)

SUR L'ÉVOLUTION D'UN LUPUS EXANTHÉMATIQUE EN FOYERS MULTIPLES

Par H. HALLOPEAU.

C'est la deuxième fois que j'ai l'honneur de présenter cette malade à notre Société (1). Il y a un an, je l'ai considérée, d'accord avec M. Vidal, comme atteinte probablement d'un mycosis fongoïde au début ; l'évolution ultérieure de la maladie est venue démontrer qu'il s'agissait d'une toute autre affection : notre erreur était venue s'ajouter à plusieurs autres commises chez cette même malade, car son éruption avait été tour à tour considérée comme étant de nature syphilitique et comme eczémateuse ; M. Besnier s'était prononcé, lors d'un premier examen, en faveur d'un lupus érythémateux, mais il n'a pas maintenu ferme ce diagnostic quand

(1) *Bull. Soc. française de dermat.*, séance du 18 novembre 1890, p. 220.

la malade a été présentée à notre Société et, dans la discussion qui a suivi, aucun des membres français ou étrangers qui y assistaient ne l'a formulé.

Ce qui nous avait surtout conduit à le repousser, c'était l'absence, à ce moment, de tout processus atrophique, et les résultats de l'examen histologique qui, d'après M. Darier, suffisaient à l'éliminer.

Et cependant, c'était bien de cette maladie qu'il s'agissait. L'examen seul du moulage qui en a été fait par M. Baretta au moment d'une poussée aiguë a permis à M. Besnier de l'affirmer dans sa dernière édition du traité de Kaposi ; les modifications qu'a subies depuis lors cette dermatose et l'état actuel de la malade lui ont donné pleinement raison.

Depuis un an, il ne s'est pas produit de nouvelles poussées ; les éléments éruptifs ont presque partout rétrocedé et ceux qui persistent présentent des caractères nouveaux et décisifs. On voit en effet, au-devant de l'oreille gauche, une plaque à contours irréguliers qui appartient au type du lupus érythémateux simple : mesurant verticalement environ 8 centimètres tandis que son diamètre antéro-postérieur varie de 3 à 5 centimètres, elle présente une couleur d'un rouge pâle entremêlé de taches décolorées qui semblent être de petites cicatrices : sur le fond rouge se détachent un grand nombre de petits points plus foncés qui répondent à des culs-de-sac glandulaires ; l'épiderme est un peu plissé et la peau légèrement indurée à ce niveau.

Les autres parties du visage que nous avons vues pendant si longtemps rouges et tuméfiées sont revenues aujourd'hui presque entièrement à leur état normal. On trouve encore cependant, au-devant de l'oreille droite, une petite plaque rosée entremêlée de points décolorés ; le bord libre de la lèvre inférieure présente de même de petites plaques vascularisées et des points décolorés. Les plaques du cuir chevelu ne se sont pas modifiées depuis un an. Au-dessus de la clavicule gauche, la palpation dénote la présence d'un ganglion dont le volume atteint celui d'une grosse noix.

Sur le pourtour du cou et sur le tiers moyen de la partie supérieure de la poitrine persistent des macules brunâtres entremêlées de points décolorés : ce sont les vestiges des poussées érythémateuses décrites antérieurement.

Les mêmes macules existent sur le tiers inférieur de la face dorsale des avant-bras. A la main droite, on voit, sur le dos de la première phalange du pouce, une plaque typique d'érythème lisse grande comme une pièce de 20 cent. ; on y remarque une dilatation des orifices glandulaires et une zone décolorée ; elle est indurée.

La malade présente en outre aux mains et aux pieds des phénomènes d'asphyxie cutanée : ces parties sont froides et partiellement décolorées : la malade assure que cette décoloration se produit par accès ; on a pu constater l'exactitude de ses assertions ; elle éprouve également par

accès la sensation du doigt mort. Il existe aux doigts un certain degré de sclérodermie ; les téguments ne peuvent être que difficilement plissés au niveau des phalanges. Les phénomènes d'asphyxie locale sont également très prononcés aux orteils ; les plaques entièrement décolorées y sont entremêlées avec des plaques d'un rouge purpurique qui ne disparaissent pas sous la pression du doigt. Le contact de ces parties donne une sensation très prononcée de froid ; la sensibilité au contact et à la douleur y est très affaiblie.

La santé générale est restée relativement bonne.

En résumé, au lieu de l'éruption exanthématique disséminée en de nombreux foyers que nous avons sous les yeux l'an passé, la malade ne présente plus qu'un petit nombre de placards éruptifs ; leurs caractères se sont très notablement modifiés ; ce sont actuellement des foyers de lupus érythémateux simple ; on peut même dire, en raison des points vascularisés qui correspondent aux culs-de-sac glandulaires, qu'il s'agit de la forme érythémato-folliculaire de M. Besnier. Les parties qui ont été antérieurement le siège de lésions érythémateuses si persistantes sont revenues presque entièrement à leur état normal. Par contre, les phénomènes d'asphyxie cutanée signalés précédemment se sont prononcés davantage et donnent lieu à des altérations persistantes dans la nutrition des doigts et des orteils. Le polymorphisme de ce lupus a été des plus remarquables : nous avons vu successivement se produire de larges placards érythémateux à progression excentrique, des bulles, des ecchymoses, des décolorations, et même de petites cicatrices, des phénomènes d'asphyxie locale et enfin des plaques ortiées.

Ajoutons que la malade a eu l'été dernier un zona intercostal qui a laissé une anesthésie complète au contact et à la douleur dans la région qu'il a intéressée.

L'adénopathie persistante et volumineuse dont nous avons signalé la présence au-dessus de la clavicule droite est peut-être de nature tuberculeuse ; les tentatives qu'a faites M. Jeanselme pour s'en assurer sont restées infructueuses : il a été impossible de rien extraire par des ponctions répétées du ganglion malade.

Si, comme nous tendons à l'admettre, avec M. Besnier, le lupus érythémateux est une maladie de nature tuberculeuse, la disparition complète et, pour ainsi dire, spontanée de la plupart de ses manifestations exanthématiques est un fait digne d'attirer l'attention ; on peut, dans cette hypothèse, invoquer avec une grande vraisemblance l'intervention de toxines analogues à la tuberculine ; et c'est vraisemblablement à la même cause qu'il faut rapporter les troubles de l'innervation vaso-motrice qui se traduisent par les poussées d'urticaire ainsi que par les phénomènes d'asphyxie cutanée. Suivant que les phlegmasies dermiques ainsi déterminées sont accompagnées d'une hyperhémie plus ou moins intense, il y a, tantôt seulement de la rougeur et du gonflement, tantôt production de

bulles, tantôt formation d'echymoses. L'existence des plaques persistantes de lupus érythémateux simple ou folliculaire suppose au contraire l'intervention d'agents infectieux localisés dans ces parties, probablement de bacilles très atténués dans leur virulence ou d'une autre forme non encore déterminée de l'infection tuberculeuse.

M. HARDY. — Je ne crois pas qu'il s'agisse, dans ce cas, uniquement de lésions lupiques.

Il est certain que la malade est une strumeuse et la preuve en est dans les engorgements ganglionnaires qu'elle porte dans les régions sous-maxillaires. En outre, elle présente à la face une lésion qui est bien manifestement lupique : je dis manifestement lupique parce qu'il y a, en ce point, des cicatrices nettes.

Par contre, je pense que les lésions des membres sont uniquement érythémateuses. Il est certain que les cicatrices sont beaucoup plus apparentes à la suite des lésions lupiques de la face qu'à la suite des lésions lupiques des membres, cependant on en observe aussi sur les membres. Or, il n'y en a aucune trace sur ces régions chez la malade de M. Hallopeau.

En outre, à l'heure actuelle, le mot lupus est synonyme de lésion bacillaire ; et je crois que personne ne pourrait affirmer que le bacille tuberculeux existe au niveau de toutes les lésions dont ce malade est porteur.

M. ERNEST BESNIER. — M. Hardy a quelque difficulté à admettre l'existence du lupus érythémateux dans celles de ces variétés qui ressemblent à l'érythème polymorphe. Je crois que les faits de ce genre doivent se juger, non pas seulement sur les caractères extérieurs dans un cas donné, mais sur l'ensemble des lésions observées dans les divers cas de lupus érythémateux.

Or, quand on peut suivre pendant un certain temps les sujets atteints de lupus érythémateux, on constate que la maladie peut ou bien se terminer par un état cachectique bien décrit par Hebra et par Kaposi et résultant de lésions viscérales, en particulier de lésions rénales, ou bien on voit survenir des lésions ganglionnaires se rapportant à la scrofulo-tuberculose, ou bien les altérations cutanées revêtent le type du lupus vulgaire. On arrive par cette observation à reconnaître la présence du lupus érythémateux dans des faits où, au premier abord, rien ne rappelait la description classique du lupus érythémateux.

Dans le cas actuel, il n'y a, à la vérité, pas de cicatrices nettes sauf à la face. Mais, en premier lieu, la structure de la peau de la face est très différente de la structure des autres parties du tégument externe et cette région présente une grande tendance à être le siège de lésions cicatricielles. En second lieu, il ne me paraît nullement démontré que les lésions tuberculeuses doivent nécessairement, toujours et partout, laisser des cicatrices à leur suite.

Il est certain que l'histoire du lupus érythémateux des membres est peu connue ; les documents sont peu nombreux sur ce sujet ; ce sont des faits rares, et, au Musée de l'hôpital Saint-Louis, il n'existe qu'un petit nombre de moulages ayant trait à cette affection, moulages qui ont tous été déposés par M. Vidal et par moi.

SUR LA PERSISTANCE DES EFFETS CURATIFS DE LA TUBERCULINE
CHEZ DEUX MALADES ATTEINTS DE LUPUS

Par H. HALLOPEAU.

Dans la note que j'ai eu l'honneur de communiquer à la Société dans la séance du mois de février, j'ai admis, d'accord avec notre collègue M. Besnier, que l'action curative des inoculations, évidente dans certains cas, n'était que passagère et que bientôt de nouveaux nodules se reproduisaient dans le tissu de cicatrice. Il semblait donc que le lupus dût bientôt se reproduire avec les caractères qu'il offrait précédemment ; M. Besnier insiste dans sa note sur la cessation plus ou moins rapide, mais inévitable, de l'action locale exercée par le médicament ; il dit que la revivification des nodules tuberculeux est probablement plus active qu'auparavant. Les deux malades que nous vous présentons montrent que ces propositions sont trop absolues et que, dans certains cas, les caractères du lupus peuvent rester profondément modifiés par le fait des inoculations.

(N° 31 du tableau de M. Besnier.)

J. Gr... est atteint d'un lupus de la face qui a présenté, jusqu'au jour où il a été modifié par les inoculations de tuberculine, un caractère végétant d'une intensité exceptionnelle : les masses tuberculeuses, formant des saillies de près d'un centimètre, repullulaient chaque fois qu'on les avait réduites, soit par la cautérisation, soit par la rugination ; depuis plus de 4 ans, elles résistaient aux traitements les plus énergiques pratiqués successivement sous la direction de M. Lailler, et sous la nôtre. Nous avons indiqué, dans notre note, que, sous l'influence de la première injection, ces masses s'étaient très notablement affaissées et que bientôt, à la suite de nouvelles injections, toute la surface lupique était devenue presque complètement lisse en même temps que les ulcérations se cicatrisaient dans la plus grande partie de leur étendue ; mais nous ajoutons que sa guérison était loin d'être complète, que l'on distinguait encore de nombreux nodules intra-dermiques, et que, peu de temps après les dernières injections qui n'avaient plus produit qu'une faible réaction locale, la plaque lupique recommençait à végéter. On devait donc s'attendre à la voir bientôt reprendre le caractère qu'elle avait présenté pendant quatre années avant d'avoir été ainsi traitée et les masses tuberculeuses repulluler de nouveau avec la même puissance qu'auparavant ; or, il n'en a rien été : vous

pouvez voir que la surface lupique est restée presque plane : la maladie est toujours en activité ; de nouveaux nodules continuent à se produire ; mais l'affection a presque entièrement perdu de son caractère végétant ; au lieu de ces masses énormes qui auparavant surmontaient la surface tégumentaire, on ne voit plus qu'un nombre très restreint de petits nodules saillants : le volume des plus gros ne dépasse pas celui d'un grain de chènevis ; le traitement n'a cependant consisté qu'en des cautérisations renouvelées tous les huit jours sans chloroformisation et par conséquent moins profondes qu'antérieurement et en des applications de la solution de sublimé aux cinq millièmes. Si l'on considère que 10 mois se sont écoulés depuis la dernière inoculation de lymphé, on est conduit à admettre que le lupus est resté profondément et favorablement modifié dans ses caractères. (Gr... a reçu du 28 novembre au 26 janvier 8 inoculations de lymphé, la première de 2 millièmes, les autres d'un demi-millième.)

Chez notre second malade, Louis P..., l'existence d'une modification persistante dans le caractère du lupus n'est pas moins certaine. (N° 26 du tableau de M. Besnier.)

Plusieurs des nombreux foyers lupiques qu'il présentait sont très améliorés : c'est ainsi que tous les tubercules qui faisaient saillie sur la face dorsale de la main droite se sont affaissés ; ils ne sont plus représentés que par une vaste cicatrice et un trajet fistuleux consécutif à l'ouverture d'un abcès. De même, les tubercules végétants que l'on voyait à la cuisse droite ont pour la plupart disparu, sans laisser de trace ; l'éruption a, il est vrai, conservé en différents points son caractère végétant, mais nous pouvons affirmer que, d'une manière générale, les saillies des masses tuberculeuses sont notablement moindres qu'avant le traitement ; chez ce malade, on pourrait, encore moins que chez l'autre, invoquer l'action du traitement suivi depuis la cessation des injections, car il refuse absolument toute intervention chirurgicale, cautérisation, rugination, ou scarification et le traitement a surtout consisté en application de compresses imprégnées de la solution de sublimé à 1/5000.

Cette modification persistante dans les caractères de lupus non guéris, sous l'influence de la lymphé de Koch, nous paraît digne d'attention ; on ne peut formuler que des hypothèses relativement à son interprétation : faut-il admettre que le bacille a perdu une partie de son activité ? nous ne le pensons pas ; on ne s'expliquerait pas, s'il en était ainsi, pourquoi ces modifications dans les caractères du lupus ne se produiraient que chez certains sujets, et particulièrement chez ceux qui ont subi une très vive réaction locale suivie d'une abondante suppuration ; il en était ainsi chez nos deux malades ; les lupus non ulcérés n'ont pour la plupart au contraire présenté aucune amélioration persistante. Il est très vraisemblable que les violentes réactions provoquées par la tuberculine laissent à leur suite, dans la constitution des tissus où elles se sont produites, des modifications persistantes qui en font un moins bon terrain de culture pour les bacilles.

Les faits que nous venons d'énoncer doivent-ils en quoi que ce soit modifier nos conclusions négatives pour ce qui concerne l'emploi thérapeutique de la tuberculine ? Non, sans aucun doute : nos deux malades ont

en effet gravement souffert de l'action de ce virus ; le premier est le sujet chez lequel nous avons signalé l'existence d'une insuffisance aortique dont l'origine peut être rapportée en toute certitude aux inoculations ; le second a eu une série d'abcès très volumineux qui se sont renouvelés pendant plusieurs mois, d'abord au voisinage de foyers lupiques, puis en d'autres régions : la tuberculine a été chez lui pyogène à un haut degré ; ces suppurations, survenant chez un sujet déjà très affaibli par les réactions intenses qu'il avait présentées après chacune des 7 inoculations qui lui avaient été pratiquées, l'ont fait tomber dans un état de cachexie profonde qui a persisté pendant plusieurs mois et qui n'a pas été sans nous inspirer de vives inquiétudes ; chez tous deux, les très notables améliorations obtenues dans les caractères du lupus ont donc été contre-balancées par de très sérieuses complications. Nous sommes ainsi contraints de dire encore aujourd'hui : il faut renoncer à l'emploi thérapeutique de la tuberculine aussi longtemps que l'on n'aura pu parvenir à isoler son action curative de son action nocive, car l'on n'est jamais certain que celle-ci sera suffisamment compensée par celle-là.

M. HARDY. — Au lieu du titre que M. Hallopeau donne à sa communication, « des effets curatifs », je crois qu'il vaudrait mieux mettre « des effets consécutifs au traitement par la lymphé de Koch ». Chez un des malades, en effet, le résultat sur le lupus est loin d'être satisfaisant et chez l'autre, si on peut trouver quelques points de la lésion cutanée améliorés, on peut d'autre part constater que l'arthrite du poignet est considérablement aggravée, et entre les deux lésions tuberculeuses, je crois qu'une tuberculose cutanée est encore préférable à une tuberculose articulaire.

M. ERN. BESNIER. — Je ne puis que demander comme M. Hardy de changer le titre donné par M. Hallopeau ou tout au moins d'y ajouter la mention « chez deux malades en particulier ». Dans mon service j'ai encore nombre de malades chez lesquels le traitement par la lymphé de Koch a notablement aggravé l'affection.

De plus, je tiens à faire remarquer que chez un des malades qui vient de nous être présenté le lupus qu'on nous a montré comme effroyable, ne l'a pas été autant qu'on semble vouloir le dire. Il dure depuis 4 ans et pendant ces 4 années, malgré des cautérisations ignées, profondes, répétées tous les 8 jours, il n'est possible de constater aucune destruction de tissu. Le lupus semble s'étendre en surface et respecter les parties profondes ; il n'a pas cette marche terrible du lupus malin, du lupus vorax. Il a été végétant et non destructeur. Or il est actuellement en pleine évolution lupique, en pleine activité et au point de vue curatif, je ne vois pas bien l'avantage qu'on a pu retirer du traitement par la lymphé de Koch.

Quant au 2^e malade, il présente des points de son lupus cicatrisés, mais par contre, d'autres sont manifestement aggravés. Faut-il attribuer les bons effets à la lymphé de Koch et fermer les yeux sur les mauvais résultats dans les points encore malades ? Il faut se rappeler combien est variable l'évolution des lupus multiples ; quelques-uns sous l'influence d'une médication quelconque, s'atténuent, disparaissent, pendant que d'autres chez le même individu continuent à évoluer avec la même intensité, parfois avec une intensité plus grande.

M. HALLOPEAU. — Je ne puis dire qu'une chose, à propos de mon premier malade qui m'est surtout contesté, c'est que, chez lui, les énormes végétations lupiques qui, depuis 4 ans, repullulaient avec une prodigieuse intensité, malgré de profondes cautérisations, pratiquées souvent sous l'anesthésie chloroformique, et renouvelées tous les huit jours, ont disparu presque complètement dans les jours qui ont suivi la violente réaction provoquée par les premières inoculations de lymphé de Koch et qu'elles ne se sont pas reproduites ; ce lupus végétant a été ainsi transformé presque partout en lupus plan ; il a donc été modifié profondément dans ses caractères, et cela d'une manière persistante et favorable : c'est ce que j'ai entendu par « effets curatifs », tout en spécifiant que « la maladie, non guérie, était toujours en activité » et que « les très notables améliorations obtenues dans les caractères du lupus étaient contrebalancées par de très sérieuses complications ».

M. FOURNIER. — Je ne saurais caractériser autrement que par l'appréciation suivante, mon impression sur ce malade. Il est aussi éloigné que possible de la guérison.

M. ERN. BESNIER. — Je ne puis trouver dans l'insuccès des cautérisations un argument pour démontrer l'efficacité de la lymphé de Koch. Jamais je n'ai traité de lupus, pendant 4 ans, par le fer rouge. Au bout de 4, 5 mois si cette méthode n'a donné aucun résultat, elle n'en donnera jamais ; certains lupus sont même fâcheusement actionnés par le fer rouge et il faut dans ce cas cesser au plus tôt ce traitement. On peut recourir aux scarifications, qui s'imposent quand le fer rouge a été impuissant ou nuisible ; au chlorure de zinc à l'aide duquel on aurait pu, je le pense, obtenir un résultat au moins égal à celui que M. Hallopeau attribue à la tuberculine.

HYSTÉRO-SYPHILIS

Par M. A. FOURNIER.

J'ai l'honneur de présenter à la Société un malade affecté d'*hystérie syphilitique*. Les symptômes de ce cas curieux se trouvent sommaire-

ment relevés dans l'observation suivante, recueillie par un de mes externes actuels, M. Eudlitz.

OBSERVATION. — *Syphilis sur un sujet exempt d'antécédents nerveux.* — Divers accidents secondaires. — Puis, invasion de nombreux symptômes d'hystérie : crises de larmes ; hémiparésie gauche ; éclats de rire incessants ; globe hystérique ; hémianesthésie gauche sensitivo-sensorielle ; crises intermittentes d'obnubilation mentale, etc. — X..., âgé de 24 ans, sellier. — Antécédents héréditaires : père mort par accident ; mère bien portante. — Antécédents personnels : croup et scarlatine dans l'enfance ; fièvre typhoïde à 14 ans. — Quelques excès alcooliques (absinthe) en Algérie, à l'âge de 18-19 ans. — Pas le moindre symptôme nerveux jusqu'à ces derniers temps.

Le malade a contracté la syphilis en décembre 1890. Deux *chancres indurés* de la verge, diagnostiqués et traités à la consultation de l'hôpital Saint-Louis. — Quelques semaines après, *roséole*. — Traitement : pilules de protoiodure pendant 5 semaines ; iodure de potassium pendant un mois.

En mai, il est admis dans le service de M. le Dr Du Castel pour une *syphilitide acnéiforme* et une affection oculaire. Il n'y séjourne que 16 jours.

Au delà, il ne se traite plus que d'une façon très irrégulière. Il est affecté alors d'une façon pour ainsi dire continue, de *plaques muqueuses buccales*.

Vers la fin du mois d'août, il se sent « la tête lourde » et les jambes engourdis. En outre, il éprouve un symptôme singulier, consistant en des *accès de larmes* qui se reproduisent sans cause à chaque instant. Il raconte que, pour pleurer à son aise et sans crainte qu'on se moque de lui, il lui est arrivé maintes fois d'aller se cacher dans les latrines.

De cette époque, aussi, date un accident plus sérieux. Une nuit, il est réveillé par le besoin d'uriner ; il se lève, puis tout aussitôt *tombe* comme une masse sur le côté gauche, mais sans perte de connaissance. Impossibilité subite d'articuler un seul mot ; mais *cris incessants*, que le malade compare lui-même aux « rugissements d'une bête sauvage ». En outre, *accès d'éclat de rire* ; « je ne cessais », dit-il (pour continuer à le laisser parler), de « rire comme un bossu ». Enfin, dès cette attaque, *parésie des membres gauches et de la face* ; bouche déviée à droite, mais rien du côté de l'œil correspondant.

Les jours qui ont précédé cette attaque, nulle émotion, nul excès, ni alcoolique, ni vénérien ; pas de fatigue, pas de travail forcé. En un mot, nulle cause appréciable n'a déterminé les accidents qui viennent de se produire.

Un médecin mandé aussitôt prescrit de l'iodure de potassium. Retour de la parole vers le cinquième jour. Amélioration des mouvements. Mais persistance des éclats de rire, qui se reproduisent à chaque instant, à propos d'une excitation quelconque et même sans la moindre excitation. Impossibilité de regarder un objet brillant, tel qu'un métal, une montre, le comptoir d'un marchand de vin, voire un verre d'eau, sans être pris d'un accès de fou rire.

Cet état persiste. Puis survient une *iritis* spécifique, pour laquelle le malade se décide à entrer dans le service, le 23 septembre dernier.

A cette époque, on constate les divers symptômes suivants : iritis d'ordre incontestablement spécifique ; plaques muqueuses buccales (langue, voile du

palais); céphalées nocturnes; parésie des membres; le malade ne peut écrire, mais exerce une certaine pression avec la main gauche. Celle-ci ne marque que 24 kilogr. au dynamomètre, tandis que la droite atteint 75 kilogr. Il peut marcher et marche même assez bien, mais au bout d'un certain temps, il traîne la jambe. Exagération notable des réflexes rotuliens. Il répond bien aux questions, mais il a l'air béat. Ce qui domine, c'est toujours le rire, qui se produit à tout instant, qui éclate à la moindre émotion, à chaque question que nous adressons au malade. X... nous raconte que souvent il éclate de rire même la nuit, au moment où il se réveille. Chez lui, ces derniers jours, il lui était impossible d'allumer sa lampe, parce qu'au moment où il apercevait le brillant de la flamme, il était pris d'un accès de rire qui agitait sa main et l'empêchait de placer le verre sur la galerie. La semaine dernière, il entre un jour dans un bureau de tabac pour allumer sa cigarette; au moment où il saisit le porte-flamme, il se trouve pris d'un tel accès de rire que sa main crispée ne peut plus quitter l'instrument, et alors un monsieur, qui attendait son tour derrière lui pour allumer son cigare, l'a injurié, croyant qu'il se moquait de lui, etc.

Traitement: frictions mercurielles à 6 gr.; iodure de potassium, de 4 à 6 gr. par jour; collyre à l'atropine.

Amélioration rapide. Céphalée rapidement guérie. Iritis amendée. Retour progressif de la motilité dans le membre droit. Le malade peut écrire dès les premiers jours d'octobre.

Le 24 octobre, le malade quitte l'hôpital contre l'avis de M. le Dr Netter (suppléant M. le professeur Fournier pendant les vacances).

Au dehors, il ne prend plus qu'une très faible dose d'iodure de potassium.

Le 10 novembre, il revient à Saint-Louis, où nous le trouvons dans l'état suivant:

Ce qui frappe dès le premier abord, c'est toujours le même phénomène prédominant, à savoir le rire, qui éclate à tout instant, par véritables spasmes de quelques secondes, parfois d'une demi-minute. La moindre excitation suffit à le déterminer, et par-dessus tout, comme auparavant, la vue d'un objet qui brille, tel que la cuvette d'une montre. Au moment où éclate le spasme, le malade se dit saisi d'une pression circulaire autour du thorax, puis d'une sorte de *boule* qui remonte de l'estomac à la gorge, et là l'étouffe « au point de perdre haleine ». Cette sorte de strangulation devient alors fort pénible.

Apyrexie. Grandes fonctions intactes. Langue un peu grisâtre. Peu d'appétit; voire certain dégoût pour les aliments.

L'intelligence est nette, en dépit de l'aspect béat, de l'aspect d'hébétéude que présente la physionomie, souverainement ridicule par son rire perpétuel et stupide. Le malade peut lire; et nous nous assurons qu'il se rend compte de ce qu'il a lu, en exigeant de lui un commentaire sur ce qu'il vient de lire.

Il accuse une douleur de tête habituelle, siégeant vers la région pariétale gauche, et déterminant là une sensation pénible de pesanteur, de compression.

Il marche bien, et la jambe gauche ne traîne plus. Il écrit bien; mais la main gauche est encore notablement plus faible que la droite.

Hémianesthésie gauche sensitivo-sensorielle, très accentuée. La moitié

gauche du corps est à peine sensible à la piqure; l'analgésie y prédomine sur l'anesthésie. Thermanesthésie du même côté.

L'œil gauche ne peut lire. — L'oreille gauche entend moins bien que la droite. — L'abolition de l'odorat paraît complète pour la moitié gauche des fosses nasales. Seul, le goût nous paraît altéré sur les 2 côtés de la langue, et profondément altéré au point que, dans une série d'expériences, nous voyons le malade ne pouvoir distinguer le lait de l'eau, l'eau pure de l'eau très sucrée, l'eau sucrée de la tisane de réglisse. Seule, la saveur du vin est distinguée, mais sans doute, comme le fait remarquer le malade, « en raison de la chaleur qu'il détermine vers l'estomac ». Une solution d'extrait de gentiane n'est pas perçue par le malade, en dépit de son excessive amertume.

Réflexe pharyngien très émoussé, mais non complètement aboli.

Le malade ajoute en outre aux résultats de cet examen une particularité qui pourrait avoir, au point de vue médico-légal, un très haut intérêt et qu'il importe de mentionner. Lors de son premier séjour dans le service, en octobre, il était pris chaque jour et presque à heures régulières (de trois à six heures de l'après-midi) d'une sorte de *crise d'obnubilation mentale*, au cours de laquelle il ne savait plus ce qu'il faisait. Il ne se rendait plus qu'obscurément compte de ce qu'il disait, de ce qu'on lui disait, de ce qui se passait autour de lui. Il oubliait d'un instant à l'autre ce qu'on lui avait dit, ce qu'il avait fait, ce qu'il voulait faire. « J'étais alors, raconte-t-il, comme braque, stupide, détraqué, à peu près fou. » Or, au cours de ces crises, il arriva plus d'une fois que, ses camarades se moquant de lui, l'agaçant, l'irritant, il entra dans de violentes colères, tira son couteau de sa poche, l'ouvrit et se précipita sur les railleurs. Comme il n'était pas assez agile, en raison de sa jambe-parésiée, pour les attraper, il lançait sur eux son couteau; une fois même, étant parvenu à rejoindre l'un d'eux, il lui enfonça l'arme dans l'avant-bras, et cela d'un centimètre environ. La chose resta ignorée à cette époque, et la blessure n'eut pas de conséquences. Mais à supposer que le coup eût porté ailleurs et d'une façon plus dangereuse, voire mortelle, l'inconscience et l'irresponsabilité du malade pour un crime commis au cours de ces singulières crises d'obnubilation auraient bien pu n'être que difficilement démontrées devant un tribunal; d'autant qu'en dehors de ces crises le malade était ou paraissait absolument *compos sui*, ne déraisonnait en rien, et semblait se rendre absolument compte de ses actes.

L'état de ce malade ne saurait prêter à discussion. En toute évidence, il s'agit d'une hystérie, qui s'est brusquement révélée en l'espèce par toute une série de symptômes absolument caractéristiques (crises de larmes, hémiparésie gauche, hémianesthésie gauche sensitivo-sensorielle, boule ascendante de l'estomac au pharynx, accès de rire spasmodique, trouble mental, etc.).

Donc, là n'est pas la difficulté, — non plus que l'intérêt.

L'intérêt, c'est le pourquoi, la raison de cette hystérie.

Or, cette hystérie me paraît devoir être rapportée comme cause à la syphilis. C'est là pour moi une hystérie d'origine syphilitique; c'est là comme on dit actuellement, un cas d'hystéro-syphilis.

D'une part, en effet, cette hystérie s'est développée en dehors, indépendamment de toute autre cause que la syphilis. Elle est survenue sans excitation d'aucun genre, sans émotion, sans secousse morale, sans choc nerveux, sans traumatisme, sans intoxication; elle n'a été précédée d'aucune maladie générale, d'aucune maladie infectieuse, etc., etc. Sur ce point, notre interrogatoire a été, je crois pouvoir le dire, poussé aussi loin que possible, et nous avons été impuissants à trouver à cette hystérie, en dehors de la syphilis, la moindre cause à laquelle elle puisse être rationnellement imputée.

Et, d'autre part, cette hystérie s'est développée en pleine période secondaire, en pleine explosion secondaire. Elle a évolué côte à côte avec d'autres manifestations évidemment syphilitiques, telles que plaques muqueuses à répétitions incessantes et iritis indubitablement spécifique. Elle a fait partie, si je puis ainsi dire, d'un groupe, d'un ensemble symptomatologique marqué au coin de la spécificité la plus indéniable.

Je crois donc que, chez cet homme, l'hystérie a été développée, provoquée par la syphilis. Je la crois d'*origine* (je ne dis pas de nature) syphilitique.

Somme toute, cette hystérie du cas en question n'est, sous une forme exagérée, que le pendant de ce que nous observons si fréquemment chez les femmes syphilitiques, à la période secondaire, à savoir : état d'éréthisme nerveux, véritable nervosisme secondaire; asthénie nerveuse; douleurs névralgiformes; céphalée nerveuse; troubles de sensibilité (notamment analgésie mammaire et dorso-métacarpienne); spasmes divers, globe hystérique; crises convulsives, absolument hystériques de forme; troubles thermiques, algidités périphériques; plus rarement, paralysies, ou troubles d'intelligence, etc., etc.

Ce fait justifierait donc une fois de plus, s'il en était besoin, ce que j'ai dit de la syphilis secondaire en tant que facteur possible d'accidents nerveux graves. Très positivement, la syphilis secondaire engendre chez certains sujets, chez les femmes notamment (mais on voit que les hommes n'y sont pas étrangers), un état profond de souffrance générale du système nerveux; elle crée une sorte de *diathèse nerveuse*, susceptible ou bien de stimuler certaines névroses préexistantes, ou bien même de provoquer, de créer de toutes pièces des névroses qui n'existaient pas avant elle ou n'existaient tout au plus qu'en germe à l'état latent.

Dans le cas actuel, c'est la seconde de ces deux éventualités qui paraît s'être réalisée. Notre malade, jusqu'à l'époque de sa syphilis, n'avait pas présenté (autant du moins qu'il nous a été permis de nous en assurer) le moindre symptôme qui pût faire soupçonner l'hystérie. Survient la syphilis. De par elle, branle-bas dans le système nerveux de cet homme, et apparition de l'hystérie, *sans précédents d'hystérie*.

J'insiste et je dis : l'hystérie de notre malade n'est pas une hystérie à côté de la syphilis, une hystérie née et évoluant par éventualité de hasard, de coïncidence fortuite, parallèlement à la syphilis; c'est au con-

traire bel et bien, pour moi du moins, une hystérie née de la *syphilis*, à propos et par le fait de l'infection syphilitique; c'est, en un mot, une hystérie par *syphilis* et d'origine syphilitique.

UN CAS DE « LYMPHANGIOME CIRCONSCRIT » DES AUTEURS ANGLAIS
(HÉMATANGIOME DERMO-PAPILLAIRE ET HYPODERMIQUE)

Par M. GEORGES THIBIERGE.

Le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société porte sur la paroi interne de l'aisselle gauche une lésion rentrant sans aucun doute dans le groupe assez disparate d'affections auxquelles certains dermatologistes anglais donnent le nom, vicieux à bien des égards, de lymphangiome circonscrit.

Le nommé T... (Gustave), âgé de 28 ans, menuisier en voitures, se présente le 30 octobre 1891, à la consultation de l'hôpital Saint-Louis.

Le malade, né à Issoudun, de parents français, ne connaît personne dans sa famille qui porte de taches de vin.

Père mort d'une maladie de foie. Mère vivante, en bonne santé.

3 frères et 3 sœurs, une des sœurs a présenté une fois des lésions analogues, d'après le dire du malade, à celles dont lui-même est atteint. Non marié.

Sa mère lui a assuré que, jusqu'à l'âge de 6 ans au moins, elle n'a remarqué rien d'anormal dans la région de l'aisselle. C'est seulement vers l'âge de 10 ans, que le malade remarqua le développement dans l'aisselle gauche d'une saillie violacée ayant la forme des saillies existant actuellement.

Il ne peut donner de renseignements précis sur son état entre l'âge de 10 ans et de 16 ans. Il se rappelle seulement que, depuis l'âge de 16 ans, il a constaté d'une façon à peu près constante la présence de lésions, dont il décrit l'évolution de la façon suivante : Des saillies violacées sont constatées inopinément par le malade sans qu'il puisse dire comment elles se développent; lorsqu'il en a constaté l'existence, ces saillies avaient toujours au moins les dimensions d'une pièce de deux francs environ, en plusieurs fragments irréguliers. Ces saillies, à mesure qu'elles sont plus anciennes, prennent une coloration rouge de moins en moins intense et finissent par devenir blanches. Un certain nombre d'entre elles cependant disparaissent en s'affaissant, sans avoir passé par les changements de coloration en question.

Jusqu'à l'âge de 24 ans, les saillies se disposaient presque toujours sous la forme de groupes arrondis et non pas irréguliers comme ceux qui se sont développés depuis.

La chaleur et la transpiration ne paraissent avoir aucune influence sur le développement des lésions.

Cette année, les lésions actuelles ont débuté il y a trois mois environ par des taches violettes selon le processus déjà décrit. Jusque-là, depuis 18 mois

environ, il ne restait plus que des saillies blanches consécutives à l'évolution des éléments antérieurement développés.

Pas de fièvre intermittente, pas d'érysipèle, pas de poussée inflammatoire dans la région occupée par les lésions cutanées, pas d'autre lésion de cette région que de l'érythème intertrigo.

Les varices que le malade porte à la jambe gauche ont été remarquées par lui depuis 4 ans seulement; mais il éprouve dans ce membre des douleurs remontant à l'âge de 12 ans environ.

État actuel. — Sur la paroi interne de l'aisselle gauche se trouvent des lésions disséminées sur une surface mesurant 5 centimètres en hauteur sur $3\frac{1}{2}$ à 4 centimètres en largeur, remontant en haut jusqu'à environ 2 centimètres au-dessus de la limite inférieure des poils de la région, surface de forme irrégulière, rappelant vaguement une équerre, au milieu de laquelle on trouve des flots de peau saine, les groupes ont un aspect frambosoïde, rappelant celui des verrues, une coloration variant du rouge foncé au violet presque noir, coloration variant sur les éléments des différents groupes et d'une façon générale plus prononcée vers les parties inférieures. Ces groupes sont formés d'éléments arrondis ou un peu irréguliers et polygonaux, de 1 à 2 millimètres au plus de diamètre, situés au voisinage immédiat les uns des autres, quelques-uns complètement isolés; ils ont une consistance assez molle. Dans l'intervalle des éléments formant chaque groupe la peau a une légère coloration rouge disparaissant par la pression; dans l'intervalle des groupes elle est absolument saine.

Les éléments font saillie de 1 millim. $\frac{1}{2}$ à 2 millimètres, un peu plus prononcée à la partie inférieure.

La coloration de chacun des éléments ainsi que leur saillie disparaît en grande partie par la pression.

En outre, on trouve des éléments aberrants qui ont une coloration citrine rappelant l'aspect de vésicules d'herpès; l'un de ces éléments, du diamètre d'un gros pois, irrégulier de forme et de surface, semble constitué par la réunion d'un certain nombre d'éléments rappelant tout à fait les gros éléments rouges de la plaque principale dont il diffère seulement par sa coloration. La piqûre de cette saillie donne lieu à l'écoulement d'un liquide absolument incolore ne renfermant aucun élément figuré; l'écoulement s'arrête spontanément après l'issue de quelques gouttes de ce liquide. Un autre un peu plus saillant et nettement pédiculé se voit sur le bord externe de la plaque et au-dessous de lui quelques petites saillies miliaires groupées ayant l'aspect de vésicules d'herpès mais plus fermes. La consistance de ces lésions est mollassse et rappelle celle de certaines tumeurs de *molluscum pendulum* mous.

La partie inférieure du creux de l'aisselle, dans les points correspondants à la grande plaque irrégulière rouge, est occupée par une sorte d'empâtement présentant la consistance de certaines tumeurs érectiles sous-cutanées. Cet empâtement est un peu diffus, adhère à la peau, de forme allongée transversalement et débordé d'environ 1 centimètre dans chaque sens la surface occupée par les éléments de coloration bleue. Le malade ne s'est jamais aperçu de cette tuméfaction sous-cutanée.

La lésion cutanée ne lui a causé de troubles appréciables qu'en ces derniers jours, à raison d'une hémorrhagie qui s'est produite dans les parties les plus élevées du grand groupe bleuâtre.

Au voisinage de l'angle postéro-inférieur de la grande plaque, petites dilata-tions vasculaires groupées, de 1 millimètre de diamètre, non saillantes ayant l'aspect d'un angiome banal.

Varices considérables à la partie postérieure de la jambe gauche, sur le trajet de la saphène interne; tumeur variqueuse considérable au niveau de son embouchure. Quelques dilata-tions variqueuses légères sur les deux membres inférieurs.

Pas de varicocèle, pas d'hémorroïdes, pas de tumeurs érectiles sur le reste du corps.

(Le moulage de la région axillaire est déposé au Musée de l'hôpital St-Louis, *Collect. génér. n° 1634.*)

L'aspect si particulier des lésions de la paroi axillaire, qui rappelle à la fois celui des verrues et celui des vésicules d'herpès, leur disposition en groupe nettement limité, leur longue durée sont les traits essentiels que l'on rencontre dans les différentes observations publiées en Angle-terre sous le nom de lymphangiome circonscrit.

On sait que cette affection est caractérisée par la dilatation variqueuse des capillaires lymphatiques du derme qui soulèvent la couche épider-mique sus-jacente, constituant une cavité remplie de lymphé et ayant cliniquement l'apparence d'une vésicule.

La présence, en certains points, de vésicules remplies de liquide incolore, analogues à celles que l'on rencontre dans les cas d'obstacle à la circulation lymphatique, dans l'éléphantiasis par exemple, semble confirmer cette opinion et on pourrait admettre que la coloration rouge violacé ou noirâtre du plus grand nombre de ces saillies tient à la rup-ture de vaisseaux sanguins voisins dans l'intérieur des capillaires lym-phatiques ectasiés.

L'évolution des lésions, telle que le malade la décrit avec beaucoup de précision, n'est guère en faveur de cette hypothèse. Au lieu d'être incolores à leur début, les saillies en question sont, au contraire, initialement rouges ou noirâtres, et c'est ultérieurement, par des transformations successives de leur contenu, qu'elles prennent une couleur de plus en plus pâle et qu'elles finissent par avoir la transparence des vésicules d'herpès. En outre, dans le liquide incolore qu'elles contiennent, on ne rencontre aucun élément figuré, ce qui l'éloigne de la lymphé dans la-quelle on constate toujours la présence de cellules lymphatiques. Enfin, lorsqu'on pique ces saillies, il s'en écoule une très faible quantité de li-queur et cet écoulement s'arrête dès que la paroi est revenue sur elle-même: il n'en serait pas ainsi si ces saillies étaient en relation directe avec le système lymphatique, si elles étaient produites par la dilatation d'un capillaire lymphatique, dont la rupture donnerait lieu à un écoule-ment abondant et persistant de lymphé.

Pour toutes ces raisons, l'étude clinique de ce fait vient contredire l'hypothèse d'une lésion méritant le nom de lymphangiome.

D'ailleurs, l'examen des faits auxquels on a appliqué la dénomination

de lymphangiome circonscrit montre que ces faits sont des plus disparates.

Il est incontestable que certaines observations, celle de Malcolm Morris (1), celle du malade observé par MM. Ernest Besnier et E. Vidal (2), pour ne prendre que les types les plus parfaits, méritent de conserver cette désignation, que les lésions y sont constituées par une dilatation des vaisseaux capillaires lymphatiques.

Mais, à côté de ces faits, on en rencontre d'autres dans lesquels il s'agit incontestablement de lésions des vaisseaux sanguins, d'hématangiomes lacunaires superficiels. Tels sont les faits rapportés sous le nom de lymphangiectasie par C. Fox (3), qui appartiennent en toute évidence à l'angiokératome, comme l'ont établi Török (4), Mibelli (5), et Pringle (6). Dans une note à la 2^e édition française des leçons de Kaposi, qui est certainement l'étude la plus remarquable sur le lymphangiome et les pseudo-lymphangiomes, M. Ernest Besnier (7) cite un fait personnel très analogue à celui du malade actuel, dans lequel M. Jacquet a constaté la présence de kystes sanguins papillaires remplis de globules rouges en voie de décoloration. Dans un fait récent et de même ordre, observé par E. de Smet et Bock (8), les auteurs se basant sur l'examen histologique expliquent ainsi la marche des lésions : développement de petites dilatations anévrysmales microscopiques sur les capillaires du derme ; production de kystes sanguins ; résorption des éléments du sang et formation de kystes séreux par suite d'une exsudation séreuse consécutive. Quoi qu'il en soit des interprétations pathogéniques différentes données dans ces deux derniers cas, le rôle primordial des lésions de l'appareil vasculaire sanguin y est indiscutable.

Il me paraît impossible, chez le malade que je présente à la Société, de nier le rôle de ces mêmes lésions. L'apparition rapide de taches initialement rouges ou bleuâtres est bien l'indice d'une dilatation des vaisseaux sanguins, représentant à un degré extrême ce que l'on observe

(1) M. MORRIS. Lymphangioma circumscriptum. *Atlas international des maladies rares de la peau*, 1889, n° 1.

(2) KAPOSI. *Path. et trait. des maladies de la peau*, 2^e édit. française, par E. BESNIER et DOYON t. II, p. 380.

(3) C. FOX. Cases of lymphangiectasis of the hands and feet in children. *Illustrated medic. News*, 1889.

(4) NOYES et TÖRÖK. Lymphangioma circumscriptum (Lymphangioma capillare varicosum). *Monatshefte für praktische Dermatologie*, t. XI, p. 51 et 105, et *British Journal of Dermatology*, 1890, p. 359, et 1891, p. 8.

(5) MIBELLI. L'angiocheratoma. *Giorn. ital. d. mal. ven. e d. pelle*, 1891, p. 159 et 260.

(6) J. J. PRINGLE. On Angiokeratoma. *British Journal of Dermat.*, 1891, p. 237, 282, 309.

(7) KAPOSI. *Lec. cit.*, t. II, p. 374.

(8) E. DE SMET et P. BOCK. Contribution à l'étude du lymphangiome circonscrit (angiome kystique). *Journal de médecine, de chirurgie et de pharm. de Bruxelles*, 20 août 1891, p. 495.

dans le purpura. La tumeur mollassse sous-jacente aux lésions dermiques présente les caractères de certains angiomes profonds et, si la présence d'un angiome profond coïncidant avec des lésions analogues de la zone dermo-papillaire n'a pas été notée dans les observations déjà connues, il y a lieu cependant de rapprocher de ce fait un cas récemment publié par Elliot (1) sous le nom de lymphangiome circonscrit dans lequel les lésions s'étaient développées sur le trajet de veines variqueuses; à ce propos on peut faire remarquer que chez le malade actuel les veines du membre inférieur gauche sont le siège de varices plus prononcées que ne le comporte son âge.

Il serait inutile et imprudent de chercher à pénétrer davantage le mécanisme des lésions en l'absence des recherches histologiques, que j'espère pouvoir ultérieurement apporter à la Société.

M. BESNIER. — Je demanderai à M. Thibierge si son malade présente sur le corps des *noevi*, car c'est là, pour moi, la malformation initiale et je crois que dans l'interprétation de ces faits, il faut faire une large place à l'hérédité et à la congénitalité. L'enfant de la malade que j'ai observée avait, au milieu de la région dorsale, un hémangiome typique.

M. THIBIERGE. — Mon malade n'a présenté et ne présente aucune lésion de ce genre, mais suivant lui sa sœur aurait sur le tronc des tumeurs analogues à celles qu'il nous montre.

NOTE SUR UN CAS DE LICHEN DE WILSON CHEZ UNE NÈGRESSE

Par MM. GEORGES THIBIERGE et E. LEREDDE.

Les caractères que les affections cutanées revêtent dans les races nègres sont assez mal connus.

Il est, à la vérité, de notion presque banale que, chez les nègres, la roséole syphilitique se traduit par des taches de coloration moins foncée que celle de la peau normale. On connaît également, en raison de sa fréquence dans les pays habités par les races nègres et en raison de l'attention qui lui a été légitimement accordée dans ces dernières années, les manifestations de la lèpre chez les nègres. On sait encore que le vitiligo se traduit, chez eux, par des taches de coloration blanche et que les zones d'hyperpigmentation sont masquées par la coloration naturelle des téguments.

(1) ELLIOT. Some unusual cases from dermatological practice (case III, lymphangioma circumscriptum). *Medical Record*. New-York, 16 mai 1891, p. 557.

Ces faits sont, en Europe, cités à titre de curiosité et on comprend qu'ils attirent peu l'attention, car on a rarement l'occasion d'y observer des dermatoses chez des sujets de race nègre, à tel point qu'il n'en existe aucun moulage au musée de l'hôpital Saint-Louis.

Les dermatologistes américains, qui doivent se trouver fréquemment en présence de nègres atteints d'affections cutanées, semblent avoir rassembler peu de documents sur ce sujet. Morison est à peu près seul à lui avoir consacré une publication spéciale (1) dans laquelle il ne donne que le résultat de son observation personnelle. Il rappelle que la peau du nègre est plus épaisse et plus grossière que celle du blanc, signale la coloration plus pâle de la peau au niveau des taches de roséole et des saillies urticariennes, la coloration blanchâtre des squames du psoriasis et de l'eczéma tranchant sur le fond brun ou noir de la peau, la présence de granulations pigmentaires dans les tumeurs du molluscum contagiosum et conclut que la pigmentation de la peau semble être le principal facteur qui fait que les lésions cutanées des nègres diffèrent de celles des blancs.

Cette pénurie de documents nous semble donner de l'intérêt à l'observation suivante que nous rapportons en détails, précisément à cause de l'absence de toutes données sur le lichen dans la race noire (2). L'étude histologique que nous avons pu faire des altérations cutanées est intéressante, non seulement en elle-même, mais encore en raison des déductions qu'on peut en tirer au point de vue de l'histologie pathologique générale de la peau et des variations imprimées à ses altérations par la structure propre du tégument externe des nègres.

D... (Madeleine), âgée de 48 ans, cuisinière, entre le 2 octobre 1891 à l'hôpital Saint-Louis, salle Alibert, n° 3, dans le service de M. E. Besnier, suppléé par l'un de nous.

D... est originaire de la Pointe-à-Pitre.

Elle est née d'une mère négresse et d'un père mulâtre, issu d'un blanc et d'une négresse.

Il n'y a rien à relever dans ses antécédents héréditaires. Ses parents ne semblent pas avoir été atteints d'affections cutanées.

Les téguments sont d'une coloration brun foncé.

Elle n'a pas de prognathisme. Elle possède ses quatre dents de sagesse, comme les sujets de race nègre pure.

Réglée à l'âge de 10 ans, elle a cessé d'avoir ses règles à l'âge de 42 ans, au moment de son arrivée en France.

Elle est très nerveuse, facilement irritable et violente et son état nerveux a

(1) MORISON. Personal observations on skin diseases in the negro. *Medical News*. Philadelphia, 20 octobre 1888, p. 439.

(2) MORISON, sur 500 cas de dermatoses observées chez des nègres, ne relève pas un seul cas de lichen plan, tandis que sur un nombre égal de sujets de race blanche il en a observé 4 cas.

encore été accru par des chagrins récents. Elle n'a jamais eu d'attaques d'hystérie ; la sensibilité cutanée est normale, il n'y a pas de rétrécissement du champ visuel, mais le pharynx est absolument anesthésique.

Il y a deux ans, pendant un séjour au bord de la mer, elle a été atteinte d'une éruption occupant la partie postérieure du cou et la face antérieure des deux coudes, éruption constituée, dit-elle, par des « boutons grenus » et accompagnée de démangeaisons. Cette éruption a disparu au bout de deux mois. Pendant un an et demi, elle n'a plus été atteinte d'aucune éruption.

Au mois de juin dernier, D... a été reprise de démangeaisons au niveau des jambes et s'est aperçue de la présence de taches agglomérées en placards. Sur la presque totalité de la surface cutanée, l'éruption a débuté par une exagération de la coloration de la peau qui est devenue noire ; mais, sur la partie antérieure de la cuisse droite, en un point où le prurit est très intense, il s'est produit à la suite du grattage une irritation cutanée et la peau à ce niveau a présenté une coloration rouge pâle.

Très rapidement, l'éruption se généralisa à toute la surface cutanée. Depuis cette époque, D..., n'a cessé d'avoir des démangeaisons, à prédominance nocturne, assez intenses pour provoquer une insomnie persistante.

État actuel, au 2 octobre. — L'éruption dont la malade est atteinte est constituée par des éléments ayant un certain nombre de caractères communs, les uns disséminés et séparés les uns des autres, la plupart formant par leur confluence de vastes nappes.

Dans les points où ces éléments sont confluents, ils forment des surfaces noires tranchant sur la coloration bronzée de la peau avoisinante. La plupart des éléments isolés ont la même couleur ; cependant on en trouve un certain nombre qui sont simplement hyperpigmentés, d'une couleur un peu plus foncée que la peau adjacente. Enfin quelques éléments, dont on constate difficilement la présence à la vue et qu'on ne découvre guère qu'à la palpation, ont la même coloration que la peau normale.

Si l'on examine attentivement un de ces éléments isolés, on remarque qu'il a une forme régulière, polygonale, qu'il est limité par les plis de dernier ordre de la peau ; cependant cet aspect polygonal est moins net que dans le lichen de Wilson observé chez les sujets à peau blanche.

La surface des éléments s'élève à peine au-dessus du plan voisin. Elle est aplatie ; l'épiderme est absolument lisse comme s'il était tendu, mais il ne présente qu'un éclat très atténué et n'a pas l'aspect brillant qui est, à juste titre, considéré comme à peu près pathognomonique du lichen de Wilson dans les races blanches. Ces éléments ne présentent pas de rapports évidents avec les orifices pilaires, et on n'y constate pas la dépression centrale si fréquente dans le lichen de Wilson.

En passant légèrement le doigt sur la peau, outre la saillie légère que font ces éléments, on constate qu'un certain nombre d'entre eux présente un léger degré d'infiltration dure ; mais, sur le plus grand nombre, il n'y a, pour ainsi dire, pas d'infiltration perceptible au toucher, soit en passant le doigt sur la peau, soit en plissant celle-ci et en la serrant entre deux doigts.

Les éléments isolés n'ont, ordinairement, pas de dimensions supérieures à un millimètre dans aucun sens.

En aucun point, on ne trouve d'éléments isolés ayant une forme différente ; il n'y a nulle part d'éléments annulaires, ni d'éléments cornés.

Dans les points où les éléments sont devenus confluent, ils forment des nappes à bords irréguliers, de coloration noire uniforme au premier abord ; mais, lorsqu'on examine leur surface obliquement, on remarque que, en certains points, la pigmentation s'exagère encore et que, sur la nappe noire, quelques points tranchent par l'intensité encore plus considérable de leur coloration, formant ainsi une sorte de tigrage. A la surface de ces nappes, les plis normaux de la peau sont exagérés, formant un quadrillé irrégulier, qu'on comprend entre ses mailles les éléments primitifs. Ce quadrillé est accusé par une coloration grisâtre ou blanchâtre, comme si l'épiderme était fendillé entre les éléments.

La surface de ces nappes est absolument sèche, et la malade a d'ailleurs remarqué que, depuis le commencement de sa maladie, sa peau présentait une sécheresse particulière.

Il n'y a pas, à la surface de ces plaques, non plus qu'au niveau de la plupart des éléments isolés, d'infiltration évidente du derme ; il semble même y avoir, en certains points tout au moins, un certain amincissement de la peau ; mais peut-être cette apparence tient-elle à ce que la peau est plus facile à détacher des tissus sous-cutanés. Cependant, en promenant le doigt à la surface de ces nappes avec une pression modérée, on constate que, dans les points les plus pigmentés, la peau est le siège d'une infiltration ferme, comme si de petites masses résistantes y étaient incluses.

Entre les nappes confluentes et les éléments isolés, on trouve toutes les formes de transition, particulièrement sur les bords des nappes, qui sont d'une irrégularité extrême et au voisinage desquels on rencontre des éléments isolés en nombre plus ou moins considérable.

Les lésions cutanées sont distribuées d'une façon à peu près symétrique.

La face est absolument respectée.

Le cou est le siège de lésions présentant des caractères notablement différents de ceux que l'on observe sur les autres points de la surface cutanée. Les éléments sont tous isolés, ne se réunissant en aucun point en zones confluentes ; très nettement saillants, fermes et infiltrés, il ne présentent pas de pigmentation plus prononcée que la peau adjacente, mais ont un aspect brillant, grisâtre par places, que l'on ne rencontre en aucune autre région. Ces lésions siègent surtout sur la partie postérieure du cou, au voisinage de l'insertion des cheveux. En descendant vers la partie inférieure du cou, les éléments deviennent confluent, hyperpigmentés, et leur aspect se rapproche davantage de celui des lésions observées sur le tronc et les membres.

La partie supérieure du thorax, en avant et en arrière, ne présente guère que quelques éléments aberrants, mal caractérisés. Mais, sur toute la région antérieure des aisselles, sur la ligne qui suit le bord inférieur du grand pectoral, on trouve des éléments isolés, hyperpigmentés, noirs. Sur la partie supérieure des seins, il y a quelques éléments isolés, qui deviennent plus nombreux en se rapprochant de l'appendice xiphoïde ; le mamelon est indemne. Sur la face inférieure des seins, dans le sillon costo-mammaire, apparaissent de nombreux éléments confluent, formant une nappe qui s'étale sur l'abdomen, laissant en quelques points de petits flots de réserve, nappe qui offre

tous les caractères exposés plus haut. Cependant, on ne constate pas au niveau de ces plaques les points d'infiltration ferme que l'on rencontre en d'autres régions, sur la face antérieure des cuisses, par exemple.

Sur les membres supérieurs, les éléments sont peu nombreux et disséminés à la face postérieure et à la face antérieure du bras, plus nombreux sur sa face interne, où ils forment de grands flots irréguliers. A la face antérieure du coude, à deux travers de doigt au-dessus et au-dessous du pli de flexion, existe une grande plaque dans laquelle il est difficile de constater la présence d'éléments caractéristiques, sauf sur ses bords, où on en rencontre quelques uns. Des éléments disséminés se voient en assez grand nombre sur la face antérieure de l'avant-bras. A la partie inférieure de l'avant-bras, on constate très peu d'éléments au premier coup d'œil ; mais en réalité, il en existe un assez grand nombre, analogues à ceux du cou, ne se traduisant par aucune modification de la pigmentation cutanée. La main est respectée, sauf la présence de quelques très rares éléments sur la portion métacarpienne de sa face dorsale.

Aux membres inférieurs, la cuisse présente sur ses faces interne et postérieure une vaste nappe noire, constituée par des éléments confluents, présentant les points d'infiltration ferme avec hyperpigmentation déjà signalés. Cette nappe se continue sur la face postérieure du genou et descend jusqu'à la partie moyenne du mollet. Sur la face antérieure de la cuisse, au contraire, on trouve simplement des flots assez nombreux formés par un nombre limité d'éléments, et des éléments isolés, tous très pigmentés. A la face interne de la jambe, on trouve des placards de 2 à 3 centimètres de longueur sur 1 ou 2 de large, sur lesquels l'infiltration est plus manifeste et sur lesquels il semble y avoir tendance à l'hypertrophie de la couche cornée de l'épiderme. Les flots recouvrent la majeure partie de la portion supérieure de la jambe ; mais, dans sa portion inférieure, les lésions cutanées font presque entièrement défaut, et c'est à peine si on trouve quelques éléments isolés, particulièrement à la face interne du cou-de-pied. Le pied lui-même est complètement indemne, tant sur sa face dorsale que sur sa face plantaire.

La muqueuse linguale et celle de la face interne des joues sont absolument indemnes.

La malade a été soumise à l'emploi des douches froides depuis son entrée à l'hôpital. Au bout de quelques jours, elle a commencé à prendre de l'anti-pyrine à la dose de 2 grammes par jour, et c'est à partir de ce moment qu'elle a recouvré le sommeil. Les démangeaisons ont été calmées par le traitement précédent et par l'emploi de la pâte de zinc additionnée de 2 p. 100 de menthol.

Le prurit n'existe plus actuellement (12 novembre) que sur la partie supérieure de la face interne des cuisses, et il y est peu considérable.

Les lésions cutanées présentent également une amélioration considérable. Dans presque tous les points où les éléments faisaient une saillie au-dessus du niveau de la peau, ils se sont affaïsés ; les éléments isolés sont moins visibles, moins nets et la coloration des grands placards a manifestement diminué, quoiqu'elle tranche encore très vivement sur celle de la peau du voisinage.

(Le moulage de la partie antérieure du thorax de cette malade est déposé au Musée de l'hôpital Saint-Louis, *Collect. génér.*, n° 1631.)

Le diagnostic de cette affection ne peut guère laisser place au doute. La distribution des lésions et leur disposition sous forme d'éléments isolés ou de placards occupant d'une manière à peu près symétrique le tronc et les membres, la forme polygonale, l'aspect lisse des éléments la dureté et les caractères d'infiltration que l'on observe sur un certain nombre d'entre eux, le prurit intense qui les accompagne, la durée relativement longue de la maladie sont des caractères suffisants pour reconnaître à première vue pour ainsi dire, ou, si l'on veut, pour admettre par élimination le diagnostic de lichen de Wilson, de lichen plan. Il est vrai que les éléments n'offrent pas tous la dureté habituelle à cette affection, que leur surface n'a pas l'éclat et le brillant qu'on est habitué à y rencontrer dans les races blanches, mais ces caractères négatifs ne peuvent pas prévaloir contre l'ensemble si caractéristique de la maladie. L'absence des lésions des muqueuses spéciales au lichen de Wilson ne peut non plus être invoquée contre ce diagnostic, car ces lésions, si fréquentes qu'elles soient dans les formes intenses du lichen de Wilson, font défaut dans un grand nombre de cas. Notons enfin le développement de l'affection chez une femme nerveuse, offrant un certain nombre de stigmates névropathiques, ce qui est ordinaire chez les sujets atteints de lichen plan.

L'examen histologique des lésions cutanées est venu confirmer le diagnostic que l'étude clinique avait permis à elle seule de poser sans hésitation.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

Une papule à la période d'état, légèrement saillante, noire, fut enlevée sur le dos de la malade et mise dans l'alcool à 70°, puis l'alcool absolu. — Après inclusion dans le collodion les coupes furent colorées, soit par l'hématoxyline et l'éosine, soit par le picro-carmin, soit par le carmin aluné.

A un faible grossissement (Verick, oc. 1, obj. 2) sur les préparations colorées à l'hématoxyline et à l'éosine, on remarque que la partie centrale est surélevée au-dessus du plan des parties latérales. Dans les coupes des régions moyennes de la papule, cette partie centrale répond à un gros follicule pileux : c'est autour de lui que les lésions atteignent leur maximum.

L'épiderme, d'une manière générale, n'est ni atrophie ni hypertrophié, mais il présente dans la disposition de ses parties profondes des modifications corrélatives de celles des papilles que nous signalerons plus bas.

Si on examine maintenant le derme, on y remarque une abondante infiltration embryonnaire, s'étendant à la région papillaire et sous-papillaire. En quelques points, elle dessine nettement des traînées parallèles à la surface cutanée, orientées dans le sens et au niveau des vaisseaux sous-papillaires.

Plus profondément reparait le tissu conjonctif normal du derme, mais présentant de place en place des amas embryonnaires autour des vaisseaux profonds.

Si on entre dans le détail de ces lésions (toujours à un faible grossissement) on remarque qu'elles prédominent au centre des coupes, où l'amas de cellules

embryonnaires s'avance plus profondément dans le derme, et d'autre part, semble refouler l'épiderme. C'est là également que la forme des papilles est le plus modifiée, elles sont très élargies, en quelques endroits plus profondes qu'à l'état normal, en d'autres, au contraire, à peine dessinées — en réalité, dans ces points il y a fusion des papilles entre elles — mais partout dilatées, refoulant les cônes interpapillaires, les atrophiant et les réduisant à l'état de prolongements déliés ou triangulaires courts.

Autour du follicule pileux qui occupe le centre d'un grand nombre de préparations, on remarque une accumulation embryonnaire formant des traînées concentriques au follicule, l'entourant complètement, et pénétrant avec lui profondément dans le derme. La diapédèse périfolliculaire se retrouve dans beaucoup de points de la coupe. C'est même dans les endroits répondant à des follicules pileux qui disparaissent profondément, à cause de l'obliquité de la coupe, qu'elle acquiert son maximum d'abondance et de profondeur.

Dans les points éloignés du centre, la diapédèse diminue peu à peu, les papilles sont moins déformées, moins bourrées de cellules migratrices.

En dehors de l'infiltration embryonnaire qui constitue les caractères essentiels de la papule que nous examinons, on est frappé, surtout dans les préparations colorées au picro-carmin, d'une pigmentation considérable de la couche sus-papillaire et papillaire. Dans la plupart des amas embryonnaires, on trouve des blocs pigmentaires irréguliers, souvent confluent, bruns, noirs plus souvent, de volume variable. Quant à l'épiderme il offre une pigmen-

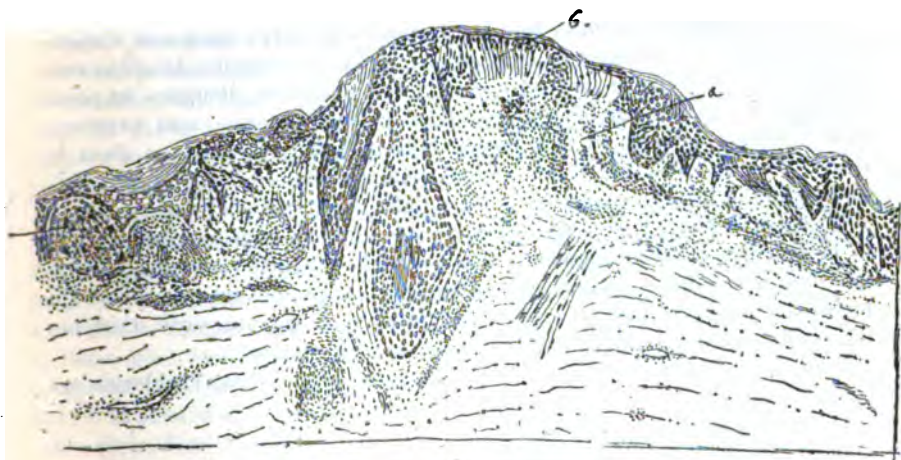


FIG. 1. — Vue d'ensemble. Coloration par l'hématoxyline et l'éosine.

(Verick, Oc. 1, Obj. 2.)

- a. Papilles déformées avec infiltration embryonnaire et pigmentation.
- b. Lésions épidermiques (œdème du corps muqueux).

tion générale de la couche malpighienne profonde; mais, en le comparant à l'épiderme d'une peau de nègre normale, il semble que cette pigmentation profonde soit plus marquée et que les cellules superficielles du corps muqueux elles-mêmes soient plus pigmentées que normalement. L'ensemble de ces

altérations est représenté dans la figure 1, où nous remarquerons encore la présence de lésions épidermiques d'aspect cavitaires.

Détails des lésions. (Leitz, oc. 4, obj. 8), — 1^o ÉPIDERME. — La couche cornée est normale et présente les débris pigmentaires qu'on trouve dans la peau du nègre saine.

Le stratum lucidum et le stratum granulosum offrent leurs caractères habituels, sauf vers le centre de la lésion, en des points qui répondent à une altération considérable de la couche de Malpighi. En dehors de ces points on trouve dans les grosses cellules superficielles des granulations d'éléidine normales.

CORPS MUQUEUX. — On est déjà frappé, en regardant à un faible grossissement les coupes des portions centrales de la papule, de la présence, dans leur région médiane, d'espaces clairs allongés de haut en bas, qui sont, du reste, figurés sur la figure 1, et qui donnent l'aspect d'excavations creusées dans le corps muqueux.

Mais si on les examine avec plus d'attention avec un objectif assez puissant, on s'aperçoit qu'il ne s'agit pas ici de cavités réelles ni de cavités dues à la chute de cellules, déterminée par le rasoir, et du reste, dans les points exactement correspondants de plusieurs préparations, on trouve des lésions exactement semblables.

Pour bien comprendre leur signification, il faut examiner non les points où elles acquièrent leur maximum, mais les zones de transition, là où l'épiderme altéré se continue avec l'épiderme normal.

On voit d'abord les cellules les plus profondes du corps muqueux s'orienter d'une manière anormale de haut en bas, et former d'étroites lamelles verticales, serrées les unes sur les autres. Là les cellules, allongées au point d'occuper les quatre cinquièmes de la hauteur de l'épiderme, sont extrêmement réduites de largeur, leur noyau devient fusiforme, s'allonge dans le même sens qu'elles: Du reste, protoplasma et noyau se colorent par l'hématoxiline et l'éosine comme dans les cellules épidermiques voisines saines.

Mais peu à peu, en se rapprochant des parties les plus altérées, on voit la largeur des cellules augmenter à son tour, la longueur restant la même que dans les cellules aplaties. Simultanément, le protoplasma se colore de moins en moins et devient comme diffluent, il se fait une sorte d'ordène intra-cellulaire qui gonfle la cellule et raréfie sa substance.

Dans les points où les lésions sont les plus prononcées, l'épiderme est constitué de la manière suivante.

α. Une couche cornée modifiée.

Immédiatement au-dessous, le corps muqueux se divise en deux parties:

β. Une superficielle qui ne représente qu'un cinquième de son épaisseur, formée de cellules nombreuses, allongées parallèlement à la surface de la peau, comme refoulées de bas en haut, et dont le noyau se colore mal.

γ. Une partie profonde, formée de traînées verticales parallèles, extrêmement déliées, quelques-unes en contact, d'autres s'écartant les unes des autres et limitant des espaces clairs. Mais, en faisant varier l'objectif dans les espaces clairs, paraissent de nouveaux tractus semblables aux précédents. Tous se colorent faiblement par le picro-carmin; plusieurs offrent sur leur trajet des renflements plus colorés, répondant aux noyaux altérés. Dans les

intervalles des tractus, on trouve des granulations excessivement fines en général, sombres, pigmentaires. De place en place, quelques noyaux encore arrondis, ayant la dimension, la forme et la coloration de noyaux malpighiens normaux.

Un dernier fait reste à signaler, c'est l'insertion de ces tractus protoplasmiques; elle se fait d'une part à la partie superficielle de la couche de Malpighi, de l'autre à la surface du corps papillaire, où on ne trouve plus, sauf en

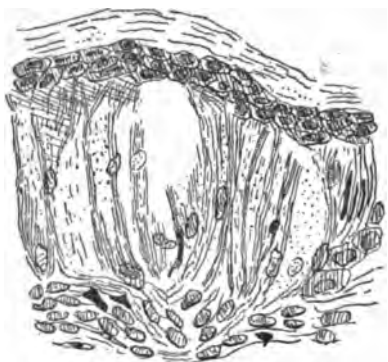


FIG. 2. — Lésions épidermiques. (Leitz, Oc. 1, Obj. 8.)

un point bien limité, trace de cellules malpighiennes et qui, du reste, en cet endroit ne présente plus de cônes interpapillaires ni de papilles. La reproduction de ces altérations épidermiques est faite sur la figure 2 où l'on voit successivement, de droite à gauche, quelques cellules malpighiennes aplaties, puis des cellules très dilatées œdématisées, enfin les tractus parsemés de noyaux et de granulations que nous avons décrits.

Ces altérations de l'épiderme répondent à la partie centrale de la saillie que nous avons signalée et qui existe au milieu des préparations. A la limite de cette saillie d'un côté on trouve des lésions différentes. L'épiderme aminci est formé de lamelles allongées, tassées les unes sur les autres parallèlement à la surface cutanée. Mais on est en ce point sur le bord d'un follicule pileux, la lésion peut être expliquée par l'œdème et l'infiltration du derme, ayant comprimé l'épiderme en un point où, inséré profondément aux parties profondes de la peau, il était inextensible.

Du reste, dans d'autres régions de l'épiderme, on trouve des lésions analogues à celles que nous avons signalées, mais beaucoup moins marquées. Les unes sont des lésions d'œdème. Quelquefois les cellules profondes du corps muqueux se tuméfient, se distendent et parallèlement leur protoplasma se colore moins. Les autres sont des lésions de compression. Sur les bords de certaines papilles distendues, les cellules s'aplatissent et se tassent.

Il n'y a pas dans l'épiderme d'infiltration abondante de cellules embryonnaires. De place en place seulement on en trouve quelques-unes. Elles sont plus fréquentes dans les prolongements folliculaires de l'épiderme.

Enfin il n'y a pas trace de karyokinèse ni de division directe des cellules malpighiennes.

DERME. — Lésions morphologiques. — Les papilles apparaissent moins nombreuses que dans la peau saine. Dans quelques points elles ont totalement disparu, ainsi que les cônes inter papillaires. Tantôt ceux-ci ont conservé leur longueur normale, mais sont réduits en épaisseur à deux rangées de cellules du corps muqueux, tantôt ils sont réduits dans toutes leurs dimensions. Entre eux les papilles sont hypertrophiées. Quand le cône interpapillaire disparaît, les papilles n'ont plus d'existence propre et se fusionnent entre elles.

Lésions histologiques. — Dans les papilles, elles sont toutes de même ordre, mais d'autant plus accentuées, qu'on examine des points plus centraux. Dans les papilles périphériques, on trouve simplement au centre de la papille, sur les bords du vaisseau central, une ou deux rangées de cellules migratrices. Au centre, au contraire, les cellules sont plus abondantes et dissocient complètement le tissu conjonctif. Tous les amas embryonnaires se relient à ceux de la couche sous-papillaire.

Dans quelques papilles situées au centre des lésions, on trouve quelquefois un aspect différent. Quoiqu'elles soient très tuméfiées, augmentées dans leurs diamètres, l'infiltration embryonnaire est peu abondante et cependant au-dessous, dans la couche sous-papillaire, elle a une très grande intensité. Le contraste est vraiment remarquable. Il faut admettre que dans ces papilles, il existe un œdème marqué qui les déforme.

Dans la couche sous-papillaire on trouve latéralement une infiltration embryonnaire périvasculaire modérée. Au centre, de gros amas embryonnaires, formés de cellules nombreuses, d'autant plus tassées qu'elles sont situées plus à la périphérie des amas. Ces cellules sont en majeure partie rondes, ou irrégulières, déformées. Elles ont tous les caractères de cellules venues par diapédèse. Quelques-unes sont fusiformes, ce sont les restes des cellules dermiques. La dissociation du derme, quoique la pièce ait été mise dans l'alcool, donne un aspect réticulé des plus nets. Les mailles du réticulum sont épaissies et, dans beaucoup de points, se colorent par le carmin comme les faisceaux conjonctifs du derme voisin.

Dans tous les amas embryonnaires sous-papillaires, dans toutes les papilles, on trouve des blocs pigmentaires ; les uns polyédriques noirs, de 40 à 50 μ de diamètre, d'autres plus petits, irréguliers, bruns ; d'autres enfin se résolvant en fines granulations, disposées en traînées, indépendantes les unes des autres. En général, ces blocs sont ou du moins paraissent indépendants des cellules. Beaucoup de celles-ci cependant sont pigmentées. Dans les parties où les amas pigmentaires sont peu abondants, ils forment des traînées parallèles aux capillaires sanguins et infiltrent les cellules endothéliales.

Dans les couches profondes du derme, le tissu conjonctif reprend son aspect habituel. Autour de quelques vaisseaux seulement, autour des parties profondes des follicules on trouve des amas embryonnaires.

L'état des glandes sudoripares n'a pas été examiné, la biopsie n'ayant pas été assez profonde pour les intéresser.

Notons enfin qu'il a été impossible de déceler dans le derme la présence de Matstzellen.

En résumé, si l'étude clinique de la malade n'avait pu suffire à carac-

tériser le diagnostic, celui-ci aurait pu être précisé par l'examen microscopique. Nous retrouvons, en effet, dans notre cas tous les caractères essentiels du lichen plan, tels qu'ils sont connus aujourd'hui, en particulier depuis le travail de Török (1), auquel il faut se reporter pour bien connaître les détails microscopiques du lichen de Wilson.

Il s'agit ici, et cela résulte évidemment de notre description, d'une lésion dermique et périvasculaire à l'origine et même, comme le note Kôbner (2), d'une lésion débutant par le réseau sous-papillaire, pour s'étendre plus tard aux papilles. Nous avons vu en effet que, dans quelques points où la lésion sous-papillaire était très prononcée, les papilles étaient beaucoup moins atteintes.

Ces lésions sont avant tout une infiltration embryonnaire périvasculaire, limitée d'abord à la périphérie du vaisseau, puis, quand elle augmente, formant des foyers de confluence sous-papillaires — puis des lésions d'œdème, très marquées dans notre cas et apparentes surtout dans les papilles.

Comme Török le décrit et le figure (pl. IV et V de son mémoire) la tuméfaction œdémateuse et l'infiltration papillaires amènent une modification secondaire des cônes interpapillaires qui se réduisent et finissent par disparaître. Si, à ce moment, les papilles disparaissent également, c'est que normalement elles n'ont d'existence que grâce aux prolongements épidermiques qui les séparent.

Cette lésion papillaire et interpapillaire est le caractère histologique fondamental du lichen plan et, si on veut bien se reporter à notre description, on verra qu'elle y existe de la manière la plus nette.

Nous n'avons pas, dans notre cas, remarqué la phase de réaction épidermique que Török a observée dans un certain nombre de papilles de lichen plan à la période d'état et qui est caractérisée par la multiplication des cellules du corps muqueux avec karyokinèse. Peut-être cette absence d'épaississement de l'épiderme dans notre observation est-il en rapport avec la faible saillie des éléments primitifs, constatée cliniquement.

On nous permettra d'insister sur la lésion partielle de l'épiderme que nous avons décrite et figurée en détail. Elle n'a été signalée, croyons-nous, dans aucune affection cutanée. Son existence ne peut contribuer à faire rejeter le diagnostic de lichen. Il ne s'agit pas, sans le moindre doute, d'un processus de vésiculation ; nous croyons donner l'hypothèse la plus probable en rattachant l'aspect histologique à un œdème cellulaire, atteignant ici un degré excessif. Cette hypothèse s'accorde parfaitement avec les détails observés, puisqu'on voit des formes de tran-

(1) TÖRÖK. Anatomie des Lichen ruber (Wilson). *Ziegler's Beiträge zur pathol. Anat.*, Band VIII. Heft 3, S. 431, 1890.

(2) KÖBNER. Zur Pathologie des Lichen ruber. *Berliner klinische Wochenschrift*, 1887, n° 20 et 21.

sition entre les cellules aplaties refoulées à la périphérie et les cellules du centre de la lésion, décomposées en filaments verticaux parallèles, parsemés de noyaux du corps muqueux. L'hypothèse s'accorde également avec les lésions d'œdème des cellules du corps muqueux qui existent habituellement dans le lichen plan avant la période de multiplication épidermique (Török).

La dissociation des cellules en filaments parallèles peut s'expliquer si l'on se rappelle la structure normale des cellules du corps muqueux, formées de fibrilles anastomosées de cellule à cellule et de substance interfibrillaire.

Quoique nous ayons remarqué la prédominance des lésions diapydétiques sur les points du derme répondant à la coupe de follicules pileux, disparaissant profondément à cause de l'obliquité de la coupe, nous ne devons y attacher aucune importance ; on comprend qu'une coupe qui n'intéresse plus un follicule intéresse encore sa périphérie ; celle-ci étant le siège d'une infiltration embryonnaire, il est naturel qu'on voie cette infiltration pénétrer plus profondément dans le derme à ce niveau que dans le reste de la préparation.

Enfin, le caractère clinique le plus saillant, c'est-à-dire la pigmentation noire, répond à la présence dans tout le derme d'amas pigmentaires extrêmement nombreux et à l'hyperpigmentation secondaire de l'épiderme. La pigmentation étant dans le lichen plan des races blanches un phénomène constant, il n'y a rien d'étonnant à la rencontrer également chez le nègre. Mais elle affecte ici une intensité extraordinaire, et les auteurs qui admettent la formation du pigment de la peau par les cellules du corps muqueux, devront tenir compte de la facilité avec laquelle à l'état pathologique le derme se pigmente dans les races nègres.

NOUVEAU CAS DE LICHEN PLAN GUÉRI PAR L'HYDROTHÉRAPIE

M. L. JACQUET.

J'ai eu de nouveau l'occasion d'employer ce mode de traitement, qui m'avait fort bien réussi une première fois déjà (*Cf. Bull. Soc. dermat.* juillet 1891), et j'ai tenu à vous présenter la malade, dont l'histoire est des plus instructives.

Elle est de souche névropathique de par ses deux ascendants. Elle-même a toujours été ultra-impressionnable, rit ou pleure fréquemment sans motifs ; à la mort de sa mère elle eut une crise nerveuse violente, puis, perdit connaissance. Nouvelle crise du même genre il y a un an à l'occasion d'une piqûre de morphine.

Le début de sa maladie remonte à février 1891 : c'est la première fois qu'elle a eu une éruption. Longtemps auparavant déjà elle souffrait d'épuisement et d'insomnie. En février, pendant sa période menstruelle, elle apprit la mort de son frère, elle en fut vivement émue, brusquement ses règles se suspendirent. Quelques jours plus tard, et elle était particulièrement nerveuse ce jour-là, presque au sortir de table, après avoir mangé du poisson, elle se prit vivement de querelle avec une de ses clientes pour un motif des plus futiles.

Aussitôt après, elle ressentit des picotements, des démangeaisons violentes, puis constata de petites ampoules analogues à des piqûres, et qu'on lui dit être de l'urticaire. Depuis lors, l'épuisement n'a fait que s'accroître; l'insomnie devint presque absolue, elle passe ses nuits à se gratter, à se lever; le matin elle se trouve brisée, anéantie. La morphine, le chloral et le sulfonal ne lui procurèrent aucun soulagement. Entre temps, l'éruption se modifiait : l'aspect ortié a duré 3 ou 4 jours, puis un lichen plan typique a envahi en peu de temps la presque totalité du corps. A l'exception de la face et des régions palmaires et plantaires, l'éruption a été très confluent aux quatre membres. Depuis le début de sa maladie elle a été soignée de la façon la plus classique par mon collègue et ami le docteur Liandier (liqueur de Fowler, arséniate de soude, pomade au sublimé, etc.).

Le mal ne faisant qu'empirer, M. Liandier l'adresse à l'hôpital Saint-Louis, où grâce à l'obligeance de M. Thibierge, je pus la traiter par l'hydrothérapie à l'exclusion de toute autre médication interne ou externe. Mes indications ayant été mal suivies, elle prit d'abord trois douches froides qui ne firent que l'énerver davantage, ses règles survinrent sur ces entrefaites et elle suspendit pendant huit jours. Depuis lors, elle a pris quotidiennement une douche tiède à 35° environ, suivie d'une courte affusion froide.

Dès la troisième douche, une amélioration notable s'est produite; elle a dormi trois heures par nuit en moyenne; les démangeaisons sont moins vives; elle est plus calme. Je la revois après la douzième douche (16 septembre) : elle dort très bien, se gratte à peine, non seulement il ne s'est pas produit de papules nouvelles, mais encore sur le tronc et les membres supérieurs, un grand nombre ont passé à l'état maculeux; aux poignets et aux membres inférieurs, par contre, l'éruption est à peu près dans le *statu quo*.

23 septembre. — L'amélioration s'est encore accentuée; c'est toujours aux poignets, région très exposée aux irritations locales, que les papules résistent le plus, là aussi pourtant, elles commencent à fléchir.

29 octobre. — Depuis sa dernière visite, elle a de nouveau suspendu les douches au moment de ses règles, puis a négligé de les reprendre. Pendant cette interruption, qui a duré quinze jours, l'insomnie, le prurit, le nervosisme ont reparu; toutefois, il ne s'est pas fait de nouvelles

efflorescences de lichen. Dès la reprise des douches, tout est rentré dans l'ordre et aujourd'hui la guérison est presque complète, il n'y a plus guère que des macules. Toutefois, je retrouve encore quatre ou cinq papules à l'avant-bras droit. La malade a pris en tout *trente* douches, coupées par deux interruptions, une de huit jours, l'autre de quinze.

Cette observation me paraît éminemment démonstrative : cette névrose, tant par sa phénoménalité nerveuse de fond, que par l'étendue des lésions cutanées réactionnelles constituait un cas sérieux de lichen de Wilson. Après avoir été traitée avec méthode et persévérance, elle m'est arrivée à son *paroxysme*. Tout traitement local en général autre que l'hydrothérapie a été absolument écarté, et en trois jours une détente notable s'est produite qui est allée s'accroissant jusqu'à la suspension, *fâcheuse* pour la malade dont la guérison s'est trouvée ajournée, *heureuse* pour ma cause, puisque la démonstration a été double.

Il est un certain nombre de points intéressants que ce cas met en relief : l'action des chocs nerveux multipliés et successifs sur un système cérébro-spinal prédisposé de par l'hérédité; le début plus fréquent qu'on ne le croit et qu'on ne le dit par l'urticaire, la subordination des lésions cutanées aux phénomènes nerveux et au prurit, etc. Je reviendrai sur tout cela plus en détail. Il me suffit pour aujourd'hui de mettre en lumière ce fait qu'un lichen de Wilson intense et rebelle, peut être soulagé immédiatement et complètement guéri, par l'hydrothérapie employée avec méthode, à l'exclusion de tout autre traitement général ou local. Je crois du reste que la protection de la peau constituerait ici un adjuvant très efficace, de même aussi que les médicaments nervins, mais j'ai tenu à laisser à la démonstration toute sa pureté : j'aurai ultérieurement à m'en servir.

L'agent hydrothérapique de choix est la douche tiède à 35°, c'est-à-dire la douche sédative par excellence ; elle doit être de courte durée, deux à trois minutes au maximum et avec le minimum de *percussion*. Je n'entends nullement, du reste, ni en restreindre l'emploi au lichen de Wilson, ni la considérer comme un spécifique de cette affection ; d'autre part, en effet, j'en ai obtenu d'excellents résultats dans le traitement de quelques autres névroses à déterminations cutanées, en particulier dans le prurigo d'Hebra, et, d'autre part, je suis bien persuadé que, sur un sujet rebelle à l'hydrothérapie et la supportant mal, il pourrait y avoir non amélioration mais aggravation du mal ; j'ajoute, comme correctif, que l'hydrothérapie employée sous cette forme est très rarement mal tolérée.

M. E. BESNIER. — S'il se confirme, par la suite, que M. Jacquet ait trouvé un mode de traitement du lichen plan supérieur à ceux dont nous disposons actuellement, il aura rendu un service dont on ne saurait trop le remercier, le lichen de Wilson étant une dermatose pénible et rebelle.

Et si, comme l'auteur le croit, cette méthode est applicable à la série dermatologique, qu'avec M. Brocq il qualifie de *névrodermites*, il faudra reconnaître que c'est là positivement une révolution dans la thérapeutique de ces affections. Pour ma part, je ne manquerai pas d'entrer dans cette voie et de donner les résultats de mon observation personnelle.

M. BARTHÉLEMY. — Si je me rappelle bien les détails, pour M. Jacquet l'éruption daterait d'un an déjà. Or, le lichen plan peut guérir spontanément après ce laps de temps.

M. L. JACQUET. — Je ferai remarquer que cette malade m'est arrivée en plein paroxysme éruptif, que la sédation des phénomènes nerveux a été pour ainsi dire immédiate, que la suspension du traitement a été suivie en quelques jours d'une véritable rechute, qui a cédé aussitôt elle-même à la reprise des douches. La démonstration est donc double et évidente. Enfin, l'éruption date non pas d'un an, mais du mois de février seulement. Ce sont les troubles nerveux provocateurs qui remontent à un an et même au delà.

M. THIBIERGE. — J'ai soumis une malade atteinte de lichen plan à l'hydrothérapie telle qu'on la pratique à l'hôpital St-Louis; je ne crois pas qu'elle en ait retiré grand bénéfice.

M. L. JACQUET. — La malade de M. Thibierge a pris des douches froides; et j'ai pris soin de spécifier moi-même qu'elles avaient plutôt nuï à ma malade.

M. LAILLER. — Il faut dire que l'installation hydrothérapique de l'hôpital St-Louis est fort défectueuse.

UN CAS DE PITYRIASIS ROSÉ

Par M. TENNESSON

Je vous présente une malade atteinte de cette affection et sur laquelle on peut observer, au niveau du bras droit, la plaque initiale de Brocq, que je considère comme un type. Je reviendrai d'ailleurs ultérieurement sur le pityriasis rosé, dont la conception doit, à mon sens, être élargie.

M. BESNIER. — Quel est l'état gastrique de la malade ?

M. TENNESSON. — Cette malade n'est entrée que depuis hier matin

dans mon service et son examen n'a pas été fait complètement, je ne puis donc répondre encore à la question que vient de poser M. Besnier.

M. BESNIER. — Parmi les accidents coïncidant avec le pityriasis rosé, un des plus fréquents est un état gastrique mauvais, accompagné très souvent de dilatation de l'estomac,

M. TENNESSON. — Je dois ajouter une chose, tout en ayant, moi aussi, reconnu l'extrême fréquence d'un état gastrique accompagnant le pityriasis et, en particulier, de la dilatation, il faut bien savoir que ce n'est nullement spécial à cette affection. On la retrouve dans nombre d'autres affections de la peau.

M. BESNIER. — La dilatation de l'estomac n'est ni propre, ni exclusive au pityriasis rosé, mais parmi toutes ces affections que signale M. Tennesson, le pityriasis rosé tient certainement la première place parmi celles qui sont accompagnées de lésions organiques. Quant à la question de la plaque initiale, elle n'a d'importance que lorsqu'elle présente des caractères objectifs bien déterminés, bien nets et qui permettent de la reconnaître sans conteste. Or, celle que nous présente M. Tennesson, date de 6 semaines, et cette durée prolongée outre mesure, à laquelle s'ajoute un traitement par la pommade soufrée qu'appliqua la malade, a totalement changé ces caractères. Ce n'est plus l'aspect d'une plaque initiale telle que l'a décrite M. Brocq, mais bien une plaque eczémateuse séborrhéique et j'en appelle à tous mes collègues pour me dire si, dans ce cas, ils retrouvent là l'aspect que nous sommes accoutumés de rencontrer dans la plaque initiale du pityriasis rosé.

M. FOURNIER. — Je ne puis que partager l'opinion de M. Besnier, je ne dis pas que cette plaque n'a pas été autrefois la plaque initiale du pityriasis rosé, mais elle en a actuellement perdu tous les caractères.

M. TENNESSON. — Je ne nie pas cette anomalie d'aspect que présente cette plaque, mais je crois qu'il ne faut pas limiter l'étude du pityriasis rosé, on doit l'étendre au contraire et dans un travail que je présenterai dans la prochaine séance je reprendrai cette question.

ULCÈRE TUBERCULEUX DES LÈVRES

Par MM. TROISIER et MENETRIER.

Nous avons l'honneur de vous présenter le moulage d'un ulcère tuberculeux des lèvres que nous avons observé chez un malade arrivé à la période terminale d'une phthisie pulmonaire chronique.

Cet ulcère a commencé à se développer quatre mois avant la mort.

Il siégeait au niveau de la commissure labiale gauche, sur laquelle il était comme à cheval ; il avait donc entamé d'un côté la peau de la joue, et de l'autre la muqueuse buccale. Cette ulcération était circulaire et elle avait à peu près les dimensions d'une pièce de vingt centimes. Son fond d'abord mamelonné, s'excava, devint irrégulier et prit une coloration rouge foncé. On y distinguait nettement deux ou trois points jaunes qui n'étaient autre chose que des granulations tuberculeuses. Les bords formaient un bourrelet un peu induré et ils étaient entourés d'une aréole violacée. L'ulcération reposait sur une base assez consistante, mais de peu d'épaisseur. Elle était indolore. Elle donnait un léger suintement séro-purulent dans lequel nous ne pûmes trouver de bacilles.

A cette ulcération correspondait un petit ganglion sous-maxillaire.

L'examen microscopique, fait après la mort, démontra que les parois de l'ulcère étaient formées par un tissu de granulation infiltré de follicules tuberculeux (avec cellules géantes) et de bacilles de Koch.

Il était impossible de se méprendre sur la nature de cette ulcération ; la présence de granulations tuberculeuses à sa surface permettait d'éloigner tout autre diagnostic, tel que celui d'épithéliome ou de syphilide.

Nous avons observé chez une phtisique une ulcération labiale non tuberculeuse. Il existait comme on le voit sur ce moulage, une crevasse profonde de la lèvre inférieure, au niveau de la ligne médiane. Cette ulcération saignait facilement. Il n'y avait pas de points jaunes à la surface.

L'examen microscopique fit voir qu'il s'agissait d'une ulcération simple, sans follicules tuberculeux ni bacilles de Koch.

Cette espèce d'ulcération aboutit toujours à la guérison. Mais il faut bien savoir que les ulcères tuberculeux peuvent quelquefois se cicatriser spontanément, ou sous l'influence d'un traitement local.

L'observation complète de notre premier malade a paru dans un mémoire sur *l'ulcère tuberculeux des lèvres* qui a été inséré dans le tome III des *Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose*, publiées par M. le professeur Verneuil.

PELADE GÉNÉRALISÉE AU CUIR CHEVELU ET A LA FACE, TRAITÉE
PAR LE PROCÉDÉ DU D^r MOTY (INJECTIONS ANTISEPTIQUES ET
STIMULANTES INTRADERMIQUES)

Par M. BARTHÉLEMY.

Tant que l'on crut à la nature exclusivement trophonévrotique de la pelade, on s'attacha à exciter sans les détruire les éléments cutanés dans leur nutrition et leurs fonctions.

En 1881, M. Balzer et moi, nous avons démontré par des coupes biopsiques que, même sur les points les plus dénudés, quand la pelade n'est pas trop ancienne, le poil existe à l'état absolument rudimentaire mais persiste nettement et toujours dans l'épaisseur du derme. C'était encore une raison pour stimuler l'activité des glandes piligènes.

Mais, quel que fût le point de vue auquel on se plaçât, tout traitement était appliqué de façon à agir de *dehors en dedans*, que ce fût l'huile de croton, la pommade au turbith, au soufre ou aux extraits de jaborandi, le liniment excitant ou même le vésicatoire cantharidien.

L'idée de la nature parasitaire de l'affection fit tout d'abord varier les topiques : aux précédents on substitua la teinture de pyrèthre, le chloroforme, la teinture d'iode, l'acide acétique cristallin, etc. Mais toujours les applications médicamenteuses étaient faites de façon à agir de dehors en dedans. C'est à peine si des injections de pilocarpine avaient été faites pour agir sur les nerfs et sans qu'on semblât beaucoup tenir à ce mode de traitement ; en tout cas sans esprit de système.

C'est sur ces entrefaites qu'éclatèrent de véritables épidémies de pelade dans l'armée. Notamment au Val-de-Grâce, le Dr Moty, chargé d'un service de peladiques, eut la bonne idée de poursuivre le parasite (introuvable, mais dont la contagiosité du mal démontrait pourtant la nature parasitaire) de le poursuivre, dis-je, dans l'épaisseur même de la peau et d'y faire systématiquement, méthodiquement, des injections de sublimé.

C'est à ce procédé que j'ai eu recours dans le cas dont je vous demande la permission de vous faire la relation.

M^{me} Ch., 40 ans, est porteur d'une pelade datant de janvier 1891, ayant rendu la peau plus mince, plus lisse et plus blanche en même temps qu'elle amenait la dénudation complète du crâne, de la nuque, des tempes et des sourcils. Cette affection s'est développée sans secousse physique, sans ébranlement moral, sans cause de trouble de nutrition nerveuse, sans contagion appréciable, sinon spontanément, du moins sans cause apparente. A part une légère anémie, l'état général est excellent. Tous les viscères sont sains.

C'est en juillet 1891 que je vois la malade pour la première fois. Depuis le mois de janvier, bien des traitements appropriés ont été employés sans résultat. Je résolus alors de faire les injections intradermiques selon le conseil ici donné par notre collègue le Dr Moty.

Je fis usage d'une solution de sublimé de 0,20 centigr. pour 100 gr. d'eau distillée.

17 juillet. Pour la 1^{re} injection, je ne mets que 6 gouttes dans l'épaisseur même de la peau : une goutte par point, de façon à avoir dans une surface de l'étendue d'une pièce de 5 fr. six saillies blanchâtres au centre, rosées à la périphérie, en tout analogues à une poussée d'urticaire.

Le 24. La 1^{re} injection ayant été fort bien tolérée, j'en pratique une seconde, mais avec un nombre double de gouttes.

La 1^{re} avait été faite sur la partie médiane du vertex : la 2^e est appliquée à l'occiput.

Le 30. La tolérance étant toujours parfaite, j'injecte 20 gouttes, c'est-à-dire le contenu d'une seringue de Pravaz. Je choisis cette fois la région pariétale. Toutes les injections étant faites du côté gauche de la tête, de façon à pouvoir comparer avec le côté droit traité seulement par les topiques habituels.

8 août. La 4^e injection est faite, avec le contenu d'une seringue répartie en un certain nombre de points, une dizaine environ. De plus, cette fois-ci, une moitié de seringue environ, est injectée immédiatement au-dessous du derme. Cette injection a été en tout d'environ 2 seringuées ; mais la moitié d'une environ n'a pas pénétré ; en effet, il y a toujours une certaine déperdition de liquide ; et même dans certains cas où l'ampoule est très marquée, on voit à sa surface se dessiner les orifices pilo-sébacés et par ceux-ci sourdre quelques-unes des gouttelettes injectées ; ce phénomène est assez rarement obtenu.

Le 14. Il n'y a eu ni douleur, ni irritation de la peau, ni stomatite. Il me semble qu'il y a une assez nette différence entre les deux moitiés du cuir chevelu, et l'avantage est indubitablement au profit du côté qui fut le siège des injections.

J'aborde alors le côté droit : d'emblée je pousse en un grand nombre de piqûres sous l'épiderme le contenu de deux seringues de solution de sublimé (toujours 0 gr. 0.10 pour 50 gr. d'eau) mais il faut dire qu'une seringue et demie au plus a bien pénétré. Il y a plus de 40 petites saillies ortiées.

Le 21. La tolérance a été très complète, à peine y a-t-il un peu d'ordème cutané dans les points où le liquide a passé sous le derme. C'est la 6^e piqûre aujourd'hui,

Je faisais raser les cheveux deux fois par semaine ; je conseille de les laisser repousser pour pouvoir mieux juger du résultat. Je fais seulement savonner 2 fois par semaine au savon de bois de Panama et appliquer tous les soirs le mélange d'alcool camphré 100 gr., de térébenthine 25 gr. et d'ammoniaque 5 gr. préconisé habituellement à l'hôpital Saint-Louis.

18 septembre. Il ne me semble pas douteux que les cheveux sont plus abondants, plus gros, plus résistants et moins blancs, moins follets en un mot, du côté gauche que du côté droit.

Toutefois la maladie n'est pas enrayée ; car dans les points où aucun traitement n'a été fait, la dénudation s'accroît ; c'est ainsi que le sourcil droit est presque détruit et que la plupart des cils tombent à gauche.

Et pourtant, pendant ce mois de repos, j'avais prescrit les douches, le fer, le quinquina et une hygiène particulièrement reconstituante.

Nouvelle injection comme la précédente, du côté droit.

Le 26. Injection analogue aux deux précédentes ; je pousse de plus quelques gouttes dans le sourcil droit où il est plus difficile de bien faire l'injection exclusivement intradermique.

3 octobre. Nouvelle injection composée toujours de deux seringuées de solution, intradermique pour les 3/4 donnant la disposition ortiée, sous-dermique pour l'autre quart.

Se rappeler qu'une petite moitié tombe sur la peau sans pénétrer. Moitié à droite, moitié à gauche.

Le 8. La repousse est à peu près générale, presque partout blanche bien entendu, mais remarquablement active.

Nouvelle injection analogue à la précédente.

Le 15. Dans l'espoir de hâter la repousse des cheveux durs et colorés, je pratique une injection exclusivement intradermique avec une solution de pilocarpine 2 0/0 ; je fais pénétrer le contenu d'une 1/2 seringue de Pravaz.

J'avais fait le projet de recourir au cantharidate de potasse, à la dose de 2 ou 3 dixièmes de milligramme par injection : mais je n'ai plus revu la malade. C'est ce qui me cause le regret de ne pouvoir vous la présenter, ainsi que j'en avais caressé l'espoir.

Je termine cette communication en notant que je considère ce traitement comme un procédé d'exception, applicable surtout aux cas de pelade étendue et tenace ; puisque les autres cas guérissent assez rapidement par des moyens plus simples.

Certes un seul cas n'est pas significatif pour une maladie d'évolution aussi peu réglée que la pelade. Aussi n'ai-je garde de conclure et n'est-ce qu'un document que j'ai voulu apporter à la commission chargée d'étudier les résultats obtenus par le procédé curatif qu'a préconisé notre distingué collègue, le Dr Moty.

M. Mory a introduit dans sa méthode de petites modifications de détail et emploie en ce moment une solution contenant 0,1 décigr. de sublimé et 0 gr. 2 de cocaïne pour 40 gr. d'eau distillée (1), soit une solution de sublimé au 400^e cocaïnée jusqu'à saturation. Avec cette solution l'injection est d'abord indolore, mais il survient une demi-heure après un prurit et une douleur sourde qui persistent de 3 à 4 heures.

M. Moty fait d'habitude 1 injection pour les petites plaques, 2 pour les plaques moyennes et 4 ou 5 pour les grands cercles ; ces injections sont répétées tous les 4 jours ; au bout de la 4^e ou 5^e série, il envoie le malade en congé ; aucun de ceux qu'il a traités au commencement de l'année par cette méthode n'est revenu à l'hôpital.

Au point de vue du mode d'action du liquide injecté, il a observé qu'il détermine après quelques minutes une congestion dermique qui se propage circulairement à cinq ou six centimètres autour du point de piqure, son action s'étend donc sur une grande surface dans les pelades bénignes ; dans les pelades graves et rebelles la reproduction des cheveux se fait aussi circulairement autour du point de piqure, mais celui-ci reste dénudé sur un rayon de 5 à 6 millim. et le rayon de la zone de repousse n'est que de 1 à 2 centim., beaucoup plus petit par conséquent que celui du cercle primitif de congestion.

M. BESNIER. — J'ai dit les raisons (2) pour lesquelles j'étais opposé à

(1) Cette formule a été fournie par M. Gessard, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

(2) *Bull. de la Soc. de dermat. et syph.*, vol. II, p. 256.

la pratique de M. Moty et je n'y reviendrai pas... J'ajouterai seulement que cette pratique me semble difficile à faire accepter en ville et même à l'hôpital. Nous ne tenons pas nos malades comme M. Moty tient les siens.

Quoi qu'il en soit si l'on veut se faire une opinion, il faut prendre un certain nombre de malades et voir quels résultats on obtient. Ou ce traitement est efficace et il faut se hâter d'en profiter et de l'appliquer ou il ne l'est pas, et il faut craindre par des affirmations prématurées, de mettre entre les mains de médecins peu au courant des pratiques de la dermatologie un moyen qui peut être dangereux.

M. MOTY présent à la séance dit qu'il a toujours fait des réserves sur le traitement qu'il préconise. Il y a divers types de pelade, avec lesquels il faut compter, il n'a eu affaire qu'à des folliculites ou à des pelades en cercles; dans les 2 cas il a obtenu les résultats qu'il a relatés.

M. BESNIER. — Il est une variété que j'appelle, ayant en ceci une opinion tout à fait personnelle, la folliculite épilante; mais c'est une variété d'une très grande rareté, et si M. Moty a pu en observer un grand nombre, c'est que le milieu dans lequel il observe est tout à fait différent du nôtre. Ce serait pour nous très intéressant de voir ces malades et de pouvoir étudier un nouveau chapitre mal connu de l'histoire des pelades que l'on pourrait intituler : Du rapport entre les folliculites épilantes et la pelade.

M. MOTY dans la prochaine séance demande à présenter ses malades.

Ont été nommés au cours de la séance :

Membre titulaire : M. le D^r CLÉMENTEAU DE LA LOQUERIE (Nantes).

Membre correspondant étranger : M. le D^r BRUNO-CHAVES (Brésil.)

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU JEUDI 10 DÉCEMBRE

Présentation de Malades.

M. HALLOPEAU : Un cas de lichen de Wilson invétéré, avec troubles de la pigmentation.

MM. HALLOPEAU et JANSELME : Sur la forme érythrodermique généralisée du mycosis fongoïde et les poussées aiguës qui surviennent dans le cours de cette maladie.

- M. LEGROUX : Asphyxie locale des extrémités chez une enfant de 14 ans.
M. BROCA : Présentation de malades atteints de lupus grattés à la curette tranchante.
M. BARTHÉLEMY : Pelade traitée par les injections intradermiques.
MM. HUDELO et WICKHAM : Forme anormale de dermatite herpétiforme de Duhring, variété pustuleuse et végétante. — Recherches histologiques par M. DARIER.
M. JACQUET : Un nouveau cas de lichen plan traité par l'hydrothérapie.

Communications.

- M. W. DUBREUILH (de Bordeaux) : Observation d'impétigo herpétiforme d'Hebra.
M. FOURNIER : Note sur le tabès syphilitique.
M. QUINQUAUD : Mycosis fongoïde de forme anormale hémorragique.
M. BARTHÉLEMY : Un mot sur l'adénopathie zostérienne.
M. MOREL-LAVALLÉE : Les déterminations organiques de la syphilis peuvent-elles dans certains cas tenir à la nature du virus ? — celui-ci pouvant alors produire des localisations analogues chez toute une série d'individus contaminés à la même source.
M. JULLIEN : Sur la phthiriasse des paupières.
M. THIBIERGE : De l'alopecie dans le vitiligo (pseudo-pelade vitiligineuse).
-

SÉANCE DU 10 DÉCEMBRE 1891

Présidence de M. Lailler.

SOMMAIRE. — Traitement du lupus par le raclage à la curette tranchante, par M. A. BROCA. (Discussion : MM. ERN. BESNIER, HARDY, VIDAL, HALLOPEAU.) — Sur la forme érythrodermique généralisée du mycosis fongoïde et les poussées aiguës qui surviennent dans le cours de cette maladie, par MM. HALLOPEAU et JEANSELME. — Pelade traitée par les injections intra-dermiques de sublimé, par M. BARTHÉLEMY. (Discussion : MM. ERN. BESNIER, FEULARD, MOTY.) — Forme anormale de dermatite herpétiforme de Duhring, variété pustuleuse et végétante, par MM. HUDELO et WICKHAM ; recherches histologiques par M. DARIER. (Discussion : MM. VIDAL, HALLOPEAU, FOURNIER, JACQUET, BESNIER, RENAULT, BROcq, THIBIERGE.) — Un nouveau cas de lichen plan traité par l'hydrothérapie, par M. JACQUET. (Discussion : MM. ERN. BESNIER, VIDAL.) — Un cas d'atrophodermie érythémateuse en plaques, à progression excentrique, par M. THIBIERGE. (Discussion : M. VIDAL.) — Un cas de lichen de Wilson invétéré, avec troubles de la pigmentation, par M. HALLOPEAU. — Sur la phthiriasis des paupières, par M. JULLIEN. — Note sur le tabes syphilitique par M. A. FOURNIER.

TRAITEMENT DU LUPUS PAR LE RACLAGE A LA CURETTE TRANCHANTE

Par M. A. BROCA.

En 1870, Volkmann a préconisé le traitement du lupus par le raclage complet des surfaces malades à l'aide de la cuiller tranchante, et, en 1871, il a fait soutenir sur ce point une dissertation inaugurale par son élève Veiel. Après curettage, les surfaces avivées sont cautérisées au chlorure de zinc, puis recouvertes d'un pansement iodoformé.

Ce traitement a été vite vulgarisé en Allemagne, où l'autorité de R. von Volkmann était grande, mais en France il n'a pas été accueilli avec faveur. On l'a combattu, avec des arguments surtout théoriques et sans l'avoir peut-être mis complètement à l'étude, en disant qu'il donnait des cicatrices difformes ; en outre, on lui a reproché d'exposer le malade aux généralisations tuberculeuses aiguës. N'avait-on pas vu — et je rap-

pelleraï surtout des faits publiés par Aubert (de Lyon) — des malades être ainsi atteints au cours du traitement par les scarifications ? Ces objections, dont je me suis fait l'écho dans le tome I du *Traité de chirurgie* (1), ont sans doute quelque valeur, mais on a, je crois, exagéré leur portée et une condamnation trop absolue pèse sur le traitement du lupus par le raclage. Je ne veux certes pas généraliser ce mode d'intervention, mais il y a des cas où, à mon sens, il est réellement indiqué.

Mon expérience sur cette pratique a commencé par un malade qui m'a été adressé par mon maître M. Ernest Besnier. Cet homme, électricien. Agé de 32 ans, avait été atteint il y a 4 ans auparavant, au cou-de-pied gauche. Pendant 2 ans, le mal resta stationnaire, puis il prit une extension rapide, s'accompagna pendant la marche et la station debout, d'un œdème prononcé du membre inférieur, et lorsque, en avril 1891, le malade entra à l'hôpital St-Louis, l'état était le suivant :

Tout le dos du pied et une partie de la plante, la majeure partie de la face antérieure de la jambe étaient envahis par les nodules confluents d'un lupus tuberculeux classique ; quelques plaques modérément étendues occupaient le mollet. Il y en avait trois, larges chacune comme une pièce de 5 fr. environ, à la région antéro-interne de la cuisse. Les deux plaques principales occupaient, l'une le cou-de-pied, gagnant la face interne, et là les lésions étaient croûteuses et papillomateuses ; l'autre le 1/3 supérieur de la face antérieure de la jambe.

Partout l'efflorescence était en voie d'activité et le tissu cicatriciel était en faible quantité.

En présence de cet état, M. Besnier désarma : il lui aurait fallu de longs mois, des années même, pour attaquer par les scarifications ou les pointes de feu la surface presque entière du pied et de la jambe, et il voulut bien me prier d'examiner le malade. Je crus que le raclage complet en une séance sous le chloroforme était possible et indiqué, et je fis cette opération le 14 mai à l'hôpital Bichat, dans le service de mon maître M. Terrier. La technique en fut d'une simplicité extrême. Après avoir pris toutes les précautions antiseptiques d'usage, je commençai vers la pointe du pied et à partir de là je remontai peu à peu, ne quittant un point que lorsque, le tissu mou du lupus ayant été enlevé, la curette grattait sur un tissu fibreux dur. Au fur et à mesure que les surfaces cruentées étaient comprimées par mon aide, M. Guillemain, avec des tampons aseptiques, puis recouverts de compresses stérilisées à l'autoclave. La perte de sang fut ainsi minime, quoique l'étendue des plaies fût très considérable. Puis toutes les régions avivées furent touchées avec un tampon d'ouate trempé dans le chlorure de zinc à 1/10, et je terminai par un pansement à la gaze iodoformée.

Les suites furent excellentes, et jamais la température ne dépassa

(1) P. 576. Paris, 1890.

37°.2. Pendant les trois premiers jours, les douleurs furent assez vives, à la hauteur du genou principalement. Le 21 mai, c'est-à-dire au 7^e jour, je fis le pansement et je trouvai des surfaces roses, ne suppurant pas, avec des flots épidermiques en voie d'accroissement. Au 15^e jour, le 28 mai, second pansement : tout était entièrement cicatrisé, sauf au cou-de-pied. Le 31 mai, le malade se plaignit d'un état d'embarras gastrique que j'attribuai à une légère intoxication iodoformée et qui cessa en effet, après que j'eus remplacé la gaze iodoformée par un pansement au lint boriqué. Le malade quitta l'hôpital le 3 juin, n'ayant plus que deux petites surfaces à vif, non suppurantes, l'une au dos, l'autre à la plante du pied. Quelques jours après je le présentai, entièrement cicatrisé, mais avec un épiderme squameux, à M. Besnier, qui conseilla des bains quotidiens à l'eau de feuilles de noyer pour décapier l'épiderme.

Je revis mon opéré à plusieurs reprises et je fus surtout frappé de la beauté relative de la cicatrice, partout lisse, souple et parfaitement épidermée : aussi bien avais-je eu bien soin de respecter la peau autour des nodules mous du tissu morbide. Sur ces entrefaites, vint me trouver le 10 juillet à l'hôpital Bichat, un employé de commerce, âgé de 20 ans, et atteint d'un lupus vieux de 17 ans ; ce garçon, dont le père est mort en crachant le sang et qui, à côté de plusieurs frères et sœurs bien portants, a perdu un frère poitrinaire à 18 ans, a commencé à l'âge de 3 ans à présenter un lupus de la joue gauche, puis à l'âge de 7 ans un lupus du poignet droit. Aucun traitement ne fut suivi jusqu'en octobre 1889 ; à cette date, le malade entra à l'hôpital St-Louis, dans le service de M. Tenneson et il y resta 8 mois, durant lesquels on lui fit des cautérisations au galvano-cautère et des applications d'emplâtres salicylés créotés. Depuis un an, il a cessé tout traitement et sa lésion, améliorée l'an dernier, a repris une grande extension ; il est alors revenu à l'hôpital St-Louis où je ne sais comment il a appris que j'avais traité avec succès un lupus très étendu, et c'est ainsi qu'il est venu me trouver.

A ce moment, en date du 10 juillet, il existait à la partie postérieure de la joue gauche, atteignant le lobule de l'oreille, dépassant en bas et en arrière l'angle de la mâchoire, une plaque de lupus tuberculeux ovalaire, haute de 12 centim. sur 9 de large. Au centre, la surface était squameuse et en grande partie cicatricielle, mais elle présentait cependant d'assez nombreux nodules en activité, à la périphérie, les nodules étaient mous et confluent. A la région sus-hyoïdienne médiane il y avait deux petits ganglions, gros chacun comme une noisette. L'extrémité inférieure de l'avant-bras droit était entourée par une manchette complète, ayant au maximum, en avant, 9 centim. de haut ; les nodules étaient confluent, sans tissu cicatriciel, à la face postérieure, où un contour polycyclique indiquait que la lésion était partie, contournant chaque bord, de la face antérieure ; à cette face antérieure, le lupus était en majeure partie cicatrisé.

Pour traiter ces lésions par les procédés ordinairement employés à l'hôpital St-Louis il eût fallu un temps considérable. Convaincu, par l'exemple de mon premier sujet, que la cicatrice ne serait pas difforme, je proposai le curage, qui fut accepté et pratiqué le 13 juillet, exactement comme dans le cas précédent. Je raclai dans la même séance la face et l'avant-bras ; une demi-heure suffit à cette besogne. Le premier pansement fut fait le 20 juillet, le second le 27. Le 2 août, l'avant-bras était presque entièrement cicatrisé et il ne semblait plus y avoir de nodules lupiques ; à la face, il existait encore une surface granuleuse, rose, suppurant très légèrement, formant à la partie supérieure de la plaque raclée une bande large comme un travers de doigt. Le 5 août le malade quittait l'hôpital dans cet état ; huit jours après il vint se faire panser la face pour la dernière fois. Le 7 septembre il revint faire panser son avant-bras, un peu ulcéré. La face était entièrement cicatrisée et mon ami, M. Georges Thibierge, à l'examen duquel j'avais soumis mon opéré, déclarait n'avoir pas de point à cautériser. Chez cet opéré, comme chez le précédent, l'apyrexie fut absolue.

La demi-circonférence antérieure de la cicatrice est restée pendant quelques semaines chez ce malade un peu rose et elle forme encore un bourrelet légèrement saillant, large de 3 à 4 millim., mais en somme elle n'est pas plus défectueuse que la plupart des cicatrices de lupus, en sorte que mon ami Thibierge, remplaçant à cette époque M. Ernest Besnier à l'hôpital St-Louis, n'hésita pas à m'envoyer un enfant de 14 ans, atteint d'un lupus facial des plus graves.

Cet enfant, issu d'une famille où personne ne tousse, est lupique depuis l'âge d'un an. A cette époque, au dire de ses parents, il a eu un bouton sur la joue gauche ; ce bouton s'est ulcéré et peu à peu s'est étendu, tandis que des éléments analogues apparaissaient, se cicatrisant à mesure que d'autres faisaient éruption. Pendant longtemps, en province, l'enfant a été soumis à des scarifications, répétées deux fois par semaine, malgré lesquelles le mal s'étendit de plus en plus. Il y a 5 ans que le patient est venu à Paris pour se faire soigner, à l'hôpital des Enfants d'abord, puis à l'hôpital Trousseau. A cette époque, la partie inférieure de la joue gauche était seule atteinte, la bouche et le nez étaient encore intacts. A l'hôpital des Enfants, on appliqua des cataplasmes ; à l'hôpital Trousseau, on fit des pointes de feu : mais le lupus gagnait toujours et bientôt il avait envahi les lèvres, le nez, le menton, la moitié droite de la face. L'hiver dernier, enfin, le malade est entré à l'hôpital Laënnec, et là il a subi 5 injections de lymphé de Koch. A ce moment, m'a dit M. le professeur Cornil, la lésion offrait le type du lupus tuberculeux non ulcéré et non croûteux. Le traitement de Koch n'aurait pas aggravé la lésion, mais il ne semble pas l'avoir non plus améliorée. A ce moment, l'enfant commença à tousser, jusque-là il n'avait jamais toussé et son état général était excellent, et le traitement fut suspendu. Je n'ai pas de ren-

seignements précis sur l'état à la sortie du service de M. Cornil, sur la date de cette sortie : M. Cornil se souvient seulement que le lupus n'était pas ulcéré.

En tout cas, il ne tarda pas à le devenir et en août dernier le malade arriva à l'hôpital St-Louis dans un état déplorable. Toute la moitié inférieure de la face, y compris les narines et les lèvres, était d'un rouge violacé, avec de larges plaques ulcérées, confluentes, recouverte de croûtes molles et jaunes, d'aspect impétigineux ; ces lésions en activité sont plus marquées à droite, où elles remontent assez haut à la joue ; à gauche, le lupus est assez cicatriciel. En outre, l'orifice buccal est notablement rétréci : il mesure à peine 2 centim. de large sur 1 de haut. Les narines sont obstruées par des croûtes et par des masses fongueuses. Le reste du tégument était indemne ; on ne constatait rien d'anormal aux poumons ; l'état général était fort bon.

Mais la lésion locale faisait des progrès rapides, on la voyait s'étendre à vue d'œil. M. Thibierge crut indiqué d'intervenir rapidement et radicalement et il m'envoya l'enfant à l'hôpital Bichat, où je suppléais M. Terrier.

Après quelques jours d'observation, pendant lesquels je détergeai autant que possible les croûtes sous des pansements humides au sublimé et pendant lesquels je vis néanmoins la lésion s'étendre par des points d'aspect impétigineux éparpillés autour d'elle, je fis le raclage complet, sous le chloroforme, en date du 10 septembre. Toute la moitié inférieure de la face, au-dessous des pommettes, fut transformée en une surface cruentée à peu près uniforme ; je dus, en outre, faire agir la curette à l'intérieur des narines. Après attouchement au chlorure de zinc à 1/10, je tamponnai les narines à la gaze iodoformée et j'appliquai sur la face un pansement aussi exact que possible. Il va sans dire que, comme la bouche devait rester ouverte pour la respiration et l'alimentation, l'occlusion parfaite fut impossible ; en outre, autour de l'orifice buccal le pansement fut souvent souillé par les aliments liquides dont mon opéré était nourri, en sorte qu'il fallut le renouveler tous les deux jours. Il n'est donc pas étonnant que l'asepsie n'ait pas pu être maintenue parfaite, que les surfaces avivées aient, autour de la bouche, suppuré légèrement. Cependant, le 22 septembre la cicatrisation était complète au menton et à la lèvre inférieure, presque complète à la joue. Le 24 septembre, la lèvre supérieure était entièrement épidermée et il ne restait plus à cicatriser que deux plaques arrondies, larges comme des pièces de 2 fr., une à chaque commissure. En ces régions, où l'asepsie est impossible à réaliser, la cicatrisation fut un peu plus lente. Elle s'effectua néanmoins et, le 13 octobre, le malade quittait nos salles, porteur d'une ulcération large comme une lentille, occupant la commissure labiale gauche. Cette ulcération fut seulement recouverte d'un peu de gaze iodoformée et d'une goutte de collodion. Quant l'enfant

revint se faire panser, quelques jours après, elle était cicatrisée et j'envoyai mon opéré auprès de M. Thibierge qui constata la guérison. Ici encore, la température resta à 37°, sauf le premier soir, où elle fut de 37°,8.

Le malade resta pendant dix jours chez lui, et à ce moment, la cicatrisation étant parfaite, je songeai à lui rétablir l'orifice buccal, ce que je fis le 23 octobre avec plein succès, à l'aide du procédé de Dieffenbach. Les sutures, faites au crin de Florence, furent recouvertes de gaze iodoformée et de collodion. Elles furent enlevées au 5^e jour : je constatai alors que le collodion avait un peu ulcéré les surfaces sous-jacentes. Mais la cicatrisation eut lieu très rapidement et, le 9 novembre, le malade sortait guéri.

Depuis une huitaine de jours, il est entré de nouveau dans le service de M. Ernest Besnier. Il est incontestable, en effet, que le lupus n'est pas chez lui complètement détruit. Dans les premiers jours de novembre, j'aurais pu vous montrer une guérison radicale, aujourd'hui, je dois me contenter de vous faire voir un fort beau résultat, mais avec une croûte assez étendue sur le bout du nez et avec un petit groupe de tubercules lupiques dans le sillon nasogénien droit. D'ailleurs, même au moment où le succès paraissait complet, je me serais gardé d'une affirmation aussi téméraire.

On a publié, je le sais, des statistiques de lupus guéris de merveilleuse façon par le raclage à la curette. Vous voyez que je reste un peu sceptique à cet égard et c'est précisément pour cela que je ne vous ai pas présenté dès le mois de juillet mon premier opéré. Celui là est resté complètement guéri jusqu'au mois de septembre ; quand je l'ai prié de venir me voir il y a une quinzaine de jours, il se croyait encore guéri, mais à un examen attentif il est évident qu'il présente de petits nodules, discrets sans doute, mais incontestables. Je n'insisterai pas à cet égard sur mon second opéré ; c'est un garçon insouciant, qui ne suit pas les conseils qu'on lui donne.

Très rapidement il a eu quelques petits nodules lupiques à l'avant-bras, quelques-uns au lobule de l'oreille. M. Thibierge lui a conseillé de venir à St-Louis subir quelques séances de pointes de feu : il a préféré s'abstenir de tout traitement, et si aujourd'hui la lésion est encore très légère à la face, elle a pris au poignet une certaine extension.

Donc le raclage donne des résultats immédiats remarquables, mais il ne met pas à l'abri de la récurrence. Est-ce là, à vrai dire, un reproche sérieux à lui adresser ? Je ne le pense pas et je ne crois pas que nous connaissions actuellement un traitement vraiment radical du lupus. Je me demande même si la méthode de Thiersch, en apparence si radicale, donne des succès plus durables que les autres. Je ne suis pas, je l'avoue, un dermatologiste de profession, mais une partie de mon éducation médicale a été faite à l'hôpital St-Louis et j'ai appris, auprès de mon

très cher maître M. Lailler, à ne jamais dire ou écrire qu'un lupus est guéri, mais qu'il paraît guéri.

Ainsi, je suis loin de vous dire que le raclage chirurgical est infaillible et radical. Mais je crois qu'il a des indications réelles. Chez mon premier et mon troisième malade, M. Ernest Besnier d'une part, M. Thibierge de l'autre n'ont pas voulu entreprendre la cure. Avec les lésions si étendues, en voie d'accroissement rapide, le mal eût gagné d'un côté à mesure qu'on eût fait à l'autre bout des pointes de feu ou des scarifications. Pour éviter ce travail de Pénélope, il fallait supprimer d'un coup tous les éléments en activité. Grâce à l'antisepsie, cette suppression a été suivie d'une cicatrisation très rapide et en moins d'un mois j'ai pu rendre aux dermatologistes un lupus en apparence guéri : il ne leur reste plus — et ici je leur rends les armes — qu'à détruire par les pointes de feu, à mesure qu'ils apparaîtront, les nodules de récidence. C'est affaire aux malades de se soumettre à une surveillance constante, de ne pas imiter l'incurie de mon deuxième opéré. Mais même celui-ci n'a pas à se plaindre de la chirurgie ; en trois semaines il a été mis dans un état où jamais il n'avait été, même après 8 mois de traitement dermatologique.

En résumé, je crois que le raclage complet en une séance, sous le chloroforme, est indiqué dans des lupus très étendus, à tubercules mous, florides et confluent. Je ne dis pas qu'il serait mauvais dans les autres formes, mais je sais que dans celles-là la galvano-puncture, les scarifications, les cautérisations au chlorure de zinc, donnent de fort bons résultats.

Les malades que je vous présente, et surtout les deux où la face est en jeu, font justice d'une objection opposée au curage : les cicatrices ne sont pas difformes et la bride qui existe dans la joue de mon troisième opéré existait avant mon intervention. La curette, maniée comme il convient, n'attaque que le tissu mou des tubercules lupiques ; elle respecte soigneusement toutes les parties résistantes : elle ne fait pas de perte de substance nouvelle. Si après cela la plaie suppure, la cicatrice sera grosse, dure, disgracieuse : mais si nous savons éviter toute suppuration, nous obtiendrons des cicatrices blanches, lisses, souples, de niveau avec le reste de la peau.

La seconde objection — et celle-là fort importante puisqu'elle accuse la méthode sanglante de mettre en jeu la vie de l'opéré — vise la possibilité de la tuberculose aiguë généralisée par auto-inoculation traumatique. Je ferai tout d'abord remarquer qu'elle s'applique tout aussi bien, mieux peut-être, à la méthode des scarifications, où le tissu tuberculeux n'est pas extirpé, mais est déchiqueté au milieu de vaisseaux ouverts. D'ailleurs, je crois qu'on exagère la fréquence de ces auto-inoculations traumatiques, mais c'est là une question d'ordre tout chirurgical sur laquelle vous me permettez de ne pas m'étendre longuement. Qu'il existe de ces faits, je ne songe pas à le nier, mais je pense que la plu-

part du temps ils surviennent quand on fait des interventions à la fois incomplètes et septiques. Trois lupus, je le sais, sont insuffisants pour fournir à cet égard une preuve quelconque. Mais je me demande pourquoi le lupus se comporterait à ce point de vue d'une manière différente que les autres tuberculoses chirurgicales. Or depuis plus de 18 mois que je suis constamment attaché au service de M. Terrier, j'ai opéré un nombre considérable de tuberculoses osseuses, articulaires, ganglionnaires, et jamais je n'ai vu d'accidents imputables à l'auto-inoculation traumatique. J'ai opéré de même dans d'autres services, et en particulier dans des services de chirurgie infantile, pendant les périodes de vacances : ma série a continué à être vierge de ces accidents. Ces complications, dont je ne méconnaissais pas l'existence, sont donc exceptionnelles après les interventions aseptiques, et ne doivent pas peser beaucoup dans la balance quand on pose les indications du traitement opératoire des tuberculoses chirurgicales en général et du lupus en particulier.

M. E. BESNIER. — Les malades que vient de nous présenter M. Broca ont très certainement retiré un grand profit de l'intervention chirurgicale grave, importante qu'ils ont subie. Parmi les lupus il en est, en effet, qui, par l'étendue de leur surface, dépassent l'étendue moyenne des interventions permises à la dermatologie. Dans ce cas, il faut avoir recours à la chirurgie générale, faire appel à ses ressources, au talent de ses adeptes.

Il est remarquable que ce traitement ait pu être, après un si court espace de temps, suivi d'un résultat aussi satisfaisant, aussi complet opératoirement. Mais, au point de vue thérapeutique, des réserves sont à faire ; il faut attendre, et l'on peut être assuré que dans 6 mois il y aura repullulation du lupus.

Le malade est donc voué à une série d'interventions qui, dès maintenant, deviennent possibles à la dermatologie, et l'avenir seul nous révélera l'époque où il finira de sa tuberculose.

Chez le malade qui nous est présenté, le 3^e du mémoire de M. Broca, un fait peut nous frapper, auquel nous ne sommes pas accoutumés à St-Louis, c'est la réfection de la bouche, à peu près complètement fermée avant l'opération et actuellement pouvant s'ouvrir très suffisamment. Quant au lupus lui-même, il est en voie de repullulation dans la profondeur. C'est là l'éternelle lutte contre cette terrible affection. En outre, vers le nez, il y a tendance à une destruction rapide en dehors des lésions qui ont été grattées.

Quant à la théorie des infections mixtes, certainement les infections secondaires, extrinsèques sont importantes, mais seulement épisodiques. Il est très juste et très légitime de s'en mettre à l'abri, mais il ne faudrait pas croire que l'on guérit complètement grâce à leur absence. Chaque

jour ici nous faisons des scarifications étendues, et malgré la suppuration que nous n'évitons pas, nous obtenons des succès. Il est bon de chercher un progrès, et nous devons nous y associer sans lui attribuer plus qu'il n'est légitime.

M. HARDY. — Y a-t-il eu pendant le temps de l'épreuve opératoire, traitement interne ? Non, je crois que c'est une faute. Et dans la forme de lupus que nous présente ce malade, il faut savoir que souvent le traitement interne nous suffit pour amener une guérison momentanée, assez facile. Le chlorure de calcium et le chlorure de sodium sont des agents puissants en pareille occurrence.

M. VIDAL. — Si on peut user avec avantage de cette méthode pour les lupus des membres, il faut faire des réserves pour le lupus de la face. Le résultat définitif doit surtout nous préoccuper. Or avec le raclage la cicatrisation est rapide, cela est vrai, mais détermine parfois des cicatrices difformes, des fausses chéloïdes, des bourrelets, des brides fâcheuses, que je retrouve sur le malade que nous présente M. Broca. Quant aux récidives, je n'en parle pas, elles sont fatales avec cette méthode au moins autant qu'avec toute autre.

M. HALLOPEAU. — On a tenté chirurgicalement de faire par la méthode italienne des restaurations de vastes pertes de substance lupiques, et on peut ainsi voir quels avantages on peut retirer de l'union de la chirurgie et de la dermatologie.

M. VIDAL. — Cette restauration par autoplastie ou par hétéroplastie, après l'exérèse des lupus, soulève une question intéressante. Il serait curieux de savoir ce que deviendront ces lambeaux de peau transplantés. Je me rappelle une malade opérée par M. Péan, chez laquelle, malgré l'ablation large, la repullulation lupique fut rapide. Une seconde opération également large et profonde fut suivie, un an plus tard, d'une nouvelle récidive.

M. E. BESNIER. — La question est depuis longtemps tranchée. A Lyon, on a enlevé des lupus et transplanté de grands lambeaux autoplastiques. Dans les trois ans qui suivirent, les lambeaux sont toujours devenus lupiques.

Depuis de longues années nous voyons des lupus à St-Louis, et nous devons dire que notre collection est lamentable.

Si on ne prend pas le lupus tout à fait au début, on peut être sûr qu'il récidivera quel que soit le traitement employé.

On ne peut pas dire avoir guéri un lupus. Parfois la récidive se montre au bout de 12 ans, j'ai eu sous les yeux une femme traitée par Guibout

il y a 18 ans. De tels faits nous rendent sceptiques à l'égard des guérisons rapides.

M. HARDY. — J'ai eu aussi des faits de récidives au bout de 15 et 20 ans. Le lupus est une affection générale et la thérapeutique locale est insuffisante à donner un résultat complet.

M. BROCA. — Je répondrai d'abord un mot à M. le professeur Hardy : je suis absolument d'accord avec lui sur la nécessité d'un traitement général chez les lupiques, qui sont, en somme, des tuberculeux. Si je n'ai pas institué ce traitement, c'est parce que les malades ne sont restés sous ma direction que juste pendant trois semaines ou un mois, temps nécessaire à l'intervention chirurgicale, après quoi je les ai remis entre les mains de M. Besnier, de M. Thibierge, sur les attributions desquels je ne veux pas empiéter.

Je remercierai M. Besnier de ses si bienveillantes appréciations, et pour le point spécial de la récidive, je constate qu'en somme je suis absolument de son avis. Oui, mes opérés sont en récidive, j'ai été le premier à le constater ; mais ils ont des foyers aisément attaquables et, comme M. Besnier a bien voulu le constater, je les ai mis en moins d'un mois en un état où ils n'avaient jamais été. Quant à l'infection mixte pyogène, dont je n'avais pas parlé à ce point de vue, j'avoue que je serais assez porté à lui faire jouer un rôle dans l'évolution rapide et ulcéreuse. Mais surtout je suis persuadé, comme je l'ai dit en quelques mots, que l'asepsie de l'intervention diminue considérablement les chances d'infection générale. La preuve de ce que j'avance, je ne puis la fournir, car ma pratique chirurgicale n'est pas encore bien vieille, et à certains égards vous comprenez que je ne m'en repente pas.

A M. Vidal, qui trouve les cicatrices difformes, je répondrai simplement que la majeure partie des brides existantes chez mon 3^e opéré sont antérieures à l'opération, comme j'avais eu soin de le bien spécifier.

SUR LA FORME ÉRYTHRODERMIQUE GÉNÉRALISÉE DU MYCOSIS FONGOÏDE ET SUR LES POUSSÉES AIGUES QUI SURVIENNENT DANS LE COURS DE CETTE MALADIE

Par MM. HALLOPEAU et JEANSELME.

M. Besnier, dans ses annotations au livre de Kaposi, admet que les probabilités s'accumulent en faveur de l'existence d'une espèce de myco-

sis dont la première période paraît être une dermatite généralisée. Il s'appuie sur trois observations : une d'entre elles lui est personnelle, une autre a été publiée par M. Vidal et la troisième a été communiquée par l'un de nous au Congrès de Paris, en 1889, sous le titre de lymphodermie scarlatiniforme, début probable de mycosis atypique. Il ajoute qu'il faut attendre un peu plus de lumière avant de conclure. Un fait que nous observons en ce moment nous paraît de nature à entraîner la conviction. Nous ferons seulement remarquer que, dans le cas présent, la dermatite, avant de se généraliser, est restée longtemps partielle et s'est montrée sous des aspects très variés.

Il s'agit d'un homme âgé de 44 ans, chez lequel les premières manifestations morbides sont apparues il y a neuf ans (1883). A cette époque, survint une éruption de larges plaques ortiées qui occupèrent plus particulièrement les parties supérieures du dos et qui s'accompagnèrent d'une sensation de vive chaleur et de violentes démangeaisons. Cette éruption se montra quelques semaines après une vive émotion morale et coïncida avec des troubles gastriques causés vraisemblablement par l'ingestion de coquillages, de mollusques et de charcuterie. Le médecin consulté porta le diagnostic d'urticaire et prescrivit une préparation arsénicale. La poussée éruptive persista environ trois semaines et s'éteignit insensiblement. Elle laissa à sa suite une grande faiblesse. Sous l'influence du régime alimentaire que nous avons signalé, de nombreuses exacerbations se produisirent ; deux mois après la première poussée, les démangeaisons ou plutôt les cuissons reparurent plus intenses et des plaques ortiées se disséminèrent non seulement sur le tronc, mais aussi sur les membres. En même temps, l'appétit était complètement perdu. Le malade fut alors dirigé sur Cauterets où le Dr Sénac fit le diagnostic d'urticaire chronique généralisée. Après cette cure, le malade, de passage à Paris, consulta le Dr E. Besnier qui caractérisa l'affection d'urticaria pigmentosa, névrodermie arthritique.

L'année suivante (1884), le Dr E. Besnier eut l'occasion de revoir ce malade et nota que beaucoup de plaques étaient simplement pigmentées.

En 1885, pendant un séjour à Pau, l'abdomen et les membres furent le siège, pendant plusieurs semaines, d'une éruption d'éléments saillants, pisiformes, groupés, non suppurés, qui furent qualifiés du nom d'acné ou de lichen.

Les six années suivantes ne furent marquées par aucun incident notable ; l'éruption cutanée subissait des alternatives d'amélioration et d'aggravation sans jamais disparaître complètement.

Au printemps dernier (1891), l'aspect des manifestations cutanées se modifie ; aux éruptions ortiées font suite des placards eczématiformes, suintants, recouverts de croûtelles.

Au mois de juillet 1891, le Dr E. Besnier constate des infiltrations du derme au niveau des fesses et des cuisses, des adénopathies dans les

aines et les aisselles, enfin, une tuméfaction notable des mamelons. Ces nouvelles manifestations lui permettent de porter pour la première fois le diagnostic. Il le formule ainsi qu'il suit : *mycosis fongoïde long-temps larvé sous les caractères d'une urticaire*.

Sur le conseil du Dr E. Besnier, le malade entre vers la mi-septembre à l'hôpital St-Louis ; il est admis au pavillon Gabrielle. Outre les lésions signalées plus haut, nous constatons alors une poussée généralisée revêtant le type de l'eczéma sec. Une recrudescence très accentuée survient au milieu du mois d'octobre ; tout le tégument prend une coloration très vive et les démangeaisons s'exaspèrent. Le troisième jour, les cuissous se calment et la peau commence à desquamier. Huit jours après, l'éruption pâlit et l'état général redevient satisfaisant.

Dans les premiers jours de novembre, l'appétit diminue, les forces déclinent, la température monte chaque soir. Le 8, apparaît une nouvelle poussée, analogue à la précédente, caractérisée par de la rougeur, de la chaleur, des démangeaisons et de la fièvre (38°,5). Comme dans la poussée dernière, une desquamation abondante apparaît le troisième jour. La fièvre tombe seulement le cinquième jour.

Peu avant cette poussée, le malade avait pris une série de bains de sublimé. En outre, il avait ingéré pendant trois jours du salicylate de soude à la dose quotidienne de trois grammes. Cette médication est suspendue et l'on donne l'antipyrine qui diminue les démangeaisons.

La desquamation, lors de cette dernière poussée, a été extrêmement intense et s'est renouvelée pendant plusieurs semaines, elle rappelait de tout point celle qu'on observe dans l'érythème scarlatiniforme récidivant. Actuellement, cette exfoliation épidermique a presque entièrement disparu, mais la rougeur scarlatiniforme subsiste, et elle s'accompagne d'une tuméfaction et d'une induration du derme tout à fait remarquables. Cet épaissement est surtout marqué au niveau des paupières supérieures, des oreilles, du fourreau de la verge et des mamelons qui sont très proéminents. Les plis naturels s'exagèrent et se multiplient, la peau tuméfiée paraissant trop large pour le contenu. Aussi, de nombreux plis parallèles apparaissent-ils à la partie inférieure de l'abdomen et à la région fessière. Dans plusieurs points, la peau est soulevée par des élevures peu prononcées, mesurant 1 à 2 centim. de diamètre. Sur la paroi thoracique gauche, à trois travers de doigt au-dessous du mamelon, il existe une plaque saillante, du volume d'un haricot, résistante au toucher : c'est une tumeur mycosique nettement caractérisée.

Sur diverses régions, et notamment sur les cuisses, les plis cutanés forment un quadrillage beaucoup plus prononcé qu'à l'état normal. Sur les mamelons, on remarque un état végétant en partie masqué par une couche cornée épaisse. Des adénopathies volumineuses existent dans les aines et les aisselles.

Les ongles ne présentent aucune modification, mais le système pileux

est en voie de disparition rapide. Déjà, les cils et les sourcils sont très raréfiés, les régions axillaires et scrotale sont presque glabres.

L'alopecie est à peu près absolue sur toute la partie médiane du crâne. Malgré des lésions aussi étendues et le prurit qui en est la conséquence, l'état général reste assez satisfaisant. Les organes hématopoiétiques paraissent sains. La rate, les amygdales, le foie ne sont pas tuméfiés. Les hématies sont en quantité normale et le nombre des leucocytes n'est pas augmenté.

On voit que ce malade après avoir présenté, pendant de longues années, des éruptions d'apparence ortiée, est actuellement atteint d'une érythrodermie généralisée en même temps que de tumeurs nettement mycosiques. Cette érythrodermie est, dans l'état présent, semblable à celle qui a été signalée dans les trois autres faits mentionnés plus haut. Elle est universelle, la coloration de la peau varie du rouge clair au rouge livide, le derme est épaissi, la peau paraît trop large pour les parties sous-jacentes, en divers points, ses plis sont exagérés. Les cheveux et les poils sont raréfiés. Le malade éprouve fréquemment de vives sensations prurigineuses. Il y a des adénopathies très volumineuses dans les régions axillaires et inguinales. C'est là un type clinique nettement caractérisé, et la coexistence de tumeurs mycosiques ne permet pas de douter qu'il ne s'agisse d'une forme particulière de mycosis fongoïde. Nous avons dit que, dans ce nouveau type, la dermatite avant de se généraliser pouvait rester longtemps partielle et se montrer sous des formes diverses. En effet, chez notre malade, l'érythrodermie généralisée n'est survenue que neuf ans après le début de l'affection. Pendant tout ce laps de temps, l'éruption a été exclusivement caractérisée par des manifestations d'apparence ortiée. De même, chez le malade présenté par l'un de nous au Congrès de Paris, l'affection avait également débuté par des plaques érythrodermiques, nettement circonscrites; quand nous avons commencé à l'observer, il y avait encore des intervalles de peau saine, un de nos moulages en fait foi. Dans le fait de M. Vidal, l'éruption était constituée au début par des boutons rouges disséminés dans les avant-bras en même temps que par des plaques discrètes, rouges, parfois même suintantes, localisées d'abord aux régions thoracique et dorsale.

Une autre particularité remarquable chez notre malade, c'est que l'érythrodermie s'est accompagnée d'une exfoliation très considérable; pendant plusieurs semaines après la dernière poussée, l'épiderme se détachait sur tout le corps en très larges lambeaux.

Ajoutons enfin que cette éruption s'est produite chez ce malade sous forme de poussées aiguës, accompagnées de réaction fébrile intense.

Les poussées aiguës ne sont pas rares dans le mycosis; on pourrait même dire qu'elles y sont la règle. Cette maladie est sujette, en effet, à de nombreuses alternatives de recrudescence et de rémission. Les

périodes d'activité peuvent être caractérisées par le développement de nouvelles tumeurs ou par la production d'éruptions d'aspect varié, localisées ou généralisées. D'ordinaire, les poussées sont apyrétiques, mais il n'en est pas toujours ainsi; nous avons vu que, chez le malade dont nous venons de rapporter l'observation, elles se sont accompagnées d'une élévation de température qui a dépassé 39°. Il en était de même chez la nommée B... que nous avons l'honneur de vous présenter. Ces poussées offraient chez elle des caractères tout à fait particuliers sur lesquels nous croyons devoir attirer l'attention. Elles se sont renouvelées dix fois depuis un an et ont offert un caractère bulleux très exceptionnel dans le mycosis. L'histoire de cette malade peut être résumée ainsi qu'il suit :

Cette femme, âgée de 41 ans, fait remonter le début de son affection à une dizaine d'années. Le premier symptôme consista en une vive démangeaison siégeant sur les membres inférieurs et sur le dos. A cette époque, il n'existait, paraît-il, aucune trace d'éruption sur les régions prurigineuses. C'est un an environ après ces premières manifestations qu'une éruption apparut à la racine du cou et de l'épaule gauche. D'après la description de la malade, il s'agissait probablement d'un eczéma purulent et croûteux. Cette éruption disparut après quelques mois. Depuis lors, la malade a eu des poussées eczématiformes semblables à plusieurs reprises. Parfois, plusieurs mois s'écoulaient sans qu'aucune nouvelle poussée survienne.

Il y a un an, la période des tumeurs mycosiques a commencé. Les premières apparurent à la face palmaire des deux poignets, au nombre de deux à trois de chaque côté. Elles avaient environ le volume d'une noisette; deux mois après leur apparition, elles s'affaîsèrent sans s'ulcérer. Peu après, une tumeur du volume d'une noix se développa sur la face interne du bras droit, au niveau de l'attache inférieure du deltoïde.

Elle persista quelques mois, puis se résorba. On observe encore à ce niveau un état spécial de la peau qui est ridée et flétrie, il semble que le derme trop distendu pendant la période de l'infiltration ait perdu son élasticité. D'ailleurs il subsiste encore en ce point un certain degré d'épaississement en forme d'anneau, au centre duquel existe une dépression en godet.

Il y a huit mois environ, quatre nodules se développèrent sur la face postérieure de l'avant-bras gauche, au niveau du coude. Ils s'ulcérèrent deux mois après leur formation et ne se cicatrisèrent que difficilement. Actuellement on observe à ce niveau une faible dépression, étoilée très pâle, bordée de pigment. A la même époque, une autre tumeur apparaissait à la face externe du bras gauche et se résorbait rapidement. Vers le même temps, trois néoplasies ayant chacune le volume d'une noix se montrèrent à la face externe du mollet droit; elles s'ouvrirent deux mois après leur apparition et se fermèrent en peu de temps. On voit en ce

point une cicatrice plane, très pâle, mélangée de traînées pigmentaires et très irrégulière. Toujours à la même époque, se montra une tumeur analogue sur la fesse droite ; elle demeura ulcéreuse pendant quatre mois ; il existe maintenant à ce niveau une infiltration du derme par un tissu mollasse qui donne au toucher une sensation analogue à celle qu'on perçoit quand on passe le doigt sur une étoffe soyeuse recouvrant une couche de ouate. La surface de cette cicatrice infiltrée est de couleur rose clair et mélangée de pigment.

Il y a six mois, une nodosité du volume d'une noisette se montra au cou, derrière l'angle droit du maxillaire. Elle s'affaissa et l'on remarque aujourd'hui en ce point une plaque régulièrement ovalaire, très nettement surélevée au-dessus de la peau voisine ; le centre est sensiblement déprimé en godet ; le doigt promené à ce niveau éprouve la même sensation de tissu moelleux que nous avons signalée plus haut.

A l'entrée de la malade à l'hôpital Saint-Louis, le 26 août 1891, voici quel est son état :

Toute la surface du tégument externe est recouverte de lésions qui présentent les caractères objectifs de l'eczéma. Sur la face antérieure des cuisses et des jambes, le derme est partout excorié, crevassé, suintant, recouvert de croûtes mélicériques. Sur les bras, les lésions sont plus atténuées, c'est l'aspect de l'eczéma sec. Sur la paume des mains et la plante des pieds, il existe de nombreuses vésicules. Celles-ci s'excorient et laissent suinter un liquide épais et visqueux qui se concrète immédiatement en croûtes d'un jaune doré. Sur le tronc, l'éruption plus discrète est constituée par des îlots et des traînées capricieuses formant, par places, des anneaux infiltrés au centre desquels la peau est demeurée saine.

La plupart des tumeurs en activité siègent à la face. Sur le front, il existe des élevures à peine appréciables, sensibles surtout au doigt. Ce sont des zones d'infiltration diffuse qui représentent la période intermédiaire entre la phase eczématiforme et celle des tumeurs proprement dites. Les ailes et le lobule du nez sont déformés par des tumeurs coalescentes, plus saillantes que celles du front, et parcourues par des capillaires dilatés. On observe, en outre, deux grosses tumeurs ; l'une est située au-dessous du lobule de l'oreille droite, elle est ovalaire et mesure 4 cent. dans son plus grand diamètre, sa consistance est celle d'un lipome ; la seconde tumeur recouvre la partie droite du corps du maxillaire, elle est longue de 6 cent., sa surface est ulcérée, sa base est étranglée, ses bords sont renversés en dehors comme cela s'observe dans certains épithéliomas. Sur le reste du corps, il n'existe pas d'infiltrations circonscrites, si ce n'est sous le sein gauche où l'on constate deux tumeurs du volume d'une noix. Des adénopathies volumineuses occupent les aines et les aisselles.

Malgré l'étendue des lésions et les démangeaisons qui sont fort vives, l'état général est très satisfaisant.

Sur ces entrefaites, cette malade est vaccinée (22 août 1891). De très nombreuses pustules d'auto-inoculation (environ 500), se développent sur toutes les régions malades (1). Cette vaccine généralisée est suivie d'une rémission des plus remarquables ; toutes les tumeurs se résorbèrent ; mais malheureusement cette amélioration n'est pas de longue durée.

Le 10 octobre, la malade est prise d'un violent frisson, le thermomètre marque 39°,6 et cette élévation thermique s'accompagne d'une courbature accentuée. Presque en même temps, des bulles remplies d'un liquide citrin se disséminent sur toute la surface cutanée. Cette poussée provoque des démangeaisons très vives ; aussi la malade se gratte-t-elle avec frénésie. Autour des bulles, sur l'auréole congestive qui les entoure, se développent des vésicules. Les grosses bulles résultent peut-être de la confluence de ces éléments vésiculeux. Les jours suivants, le liquide des bulles se trouble, devient séro-purulent ou se concrète sous forme de croûtes humides et jaunes. La malade assure avoir eu dix poussées semblables depuis un an. Chacune d'elles se serait traduite par une éruption bulleuse et pustuleuse généralisée, et accompagnée de fièvre pendant plusieurs jours. Ces poussées exanthématiques coïncidaient de préférence avec la période menstruelle, au dire de la malade. Les règles sont d'ailleurs supprimées depuis quatre mois.

Une autre poussée fébrile atteignant 39° survient le 21 octobre, elle est suivie de l'apparition de nombreuses tumeurs mycosiques.

Le 4 novembre, une troisième poussée fébrile coïncide avec une éruption pustuleuse siégeant sur la face qui est rouge et tuméfiée.

Une quatrième poussée est notée le 28 novembre. Elle est le point de départ de nombreux placards eczématiformes.

Enfin une dernière poussée se produit le 6 décembre. La figure est enflée et couverte de pustules. Cet état s'accompagne de fièvre, de courbature et de démangeaisons.

En somme, depuis un mois et demi, cette malade a subi cinq poussées fébriles, et chacune d'elles a été suivie d'une éruption, tantôt bulleuse ou pustuleuse, tantôt eczématiforme ou néoplasique.

Si l'on compare les poussées de dermites qui ont été signalées dans le mycosis on reconnaît qu'elles peuvent présenter des caractères fort différents : le plus souvent eczémateuses ou lichénoïdes, elles peuvent être simplement érythémateuses ou s'accompagner de bulles plus ou moins volumineuses. Il semble en avoir été ainsi chez le malade d'Alibert.

Nous formulons ainsi qu'il suit les conclusions de notre travail :

1° L'existence d'une espèce de mycosis fongoiïde caractérisée par une érythrodermie généralisée avec épaississement de la peau, prurit in-

(1) La nature vaccinale de cette éruption a été démontrée par l'inoculation à une génisse. Voir *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 7 novembre 1891.

tense, adénopathies volumineuses, doit être considérée comme établie.

2° Cette érythrodermie coïncide le plus souvent, à une période plus ou moins avancée de son évolution, avec des tumeurs mycosiques.

3° Elle peut être précédée par des éruptions d'apparence ortiée ou eczémateuse ;

4° Elle peut se manifester par des poussées aiguës accompagnées d'une réaction fébrile intense et suivies d'une exfoliation généralisée en larges lambeaux.

5° Il peut se produire à plusieurs reprises, dans le cours du mycosis fongioïde, des poussées bulleuses ou pustuleuses généralisées, accompagnées d'une réaction fébrile intense.

PELADÉ TRAITÉE PAR LES INJECTIONS INTRADERMIQUES DE SUBLIMÉ

PAR M. BARTHÉLEMY.

Je présente aujourd'hui à la Société le cas de pelade que j'ai traitée par les injections intradermiques de sublimé.

Je rappelle que ce cas est ancien, très tenace et qu'il a résisté longtemps aux modes de traitement habituels, comme on peut s'en rendre compte dans l'observation publiée dans le bulletin précédent.

On peut voir que le côté de la tête où les injections ont été faites en plus grand nombre, est notablement plus garni de cheveux, de moins en moins lanugineux.

Je désire aujourd'hui démontrer que les injections intradermiques sont faciles à faire et sont bien tolérées.

J'ajoute que je ne présente pas ce mode de traitement comme un procédé auquel ne doit résister aucune pelade.

Frappé du nombre de cas de pelade réfractaires, j'ai cherché à employer d'autres moyens que ceux qui échouaient. Je ne tire pas de conclusions puisque je n'ai encore traité ainsi qu'un seul cas ; je dis seulement que les résultats semblent favorables, désireux d'apporter un document de plus pour juger ce qu'on doit définitivement espérer de la méthode de traitement que je convie les dermatologistes de soumettre à l'étude.

M. ERN. BESNIER. — J'ai peur qu'on ne m'accuse de me répéter et cependant je ne puis que dire encore une fois ce que j'ai dit à plusieurs reprises ; je demande qu'on veuille bien nous amener quelques malades non encore traités et que la Société ou une commission veuille constater sur eux les effets obtenus. Une série de malades serait seule, dans ces conditions, démonstrative. Nous avons ici des centaines de malades, on peut les diviser en deux classes, comme les lupiques. Ceux qui guéris-

sent par tous les traitements et ceux qui ne guérissent par aucun ; de sorte qu'il ne suffit pas d'en présenter un pour affirmer la valeur d'une méthode.

J'offre à qui voudra essayer un traitement, mon service et les malades qu'il renferme ; il ne manque pas de peladiques, et je serais heureux de constater un traitement efficace. Les mêmes propositions ont été faites pour le favus. Les médecins qui vantaient leur thérapeutique se sont, après une proposition semblable, évanouis comme la fumée dans l'air. J'offre le même champ d'expérience pour la pelade. Depuis 8 ou 10 ans j'essaie, je cherche et je n'obtiens aucun résultat qui me satisfasse. Qu'on me guérisse mes malades, qu'on le fasse régulièrement, avec certitude et je suis tout prêt à reconnaître le bienfaisant résultat obtenu.

M. BARTHÉLEMY. — Je n'ai présenté la malade que comme un cas d'application de la méthode de M. Moty et non comme une guérison, puisqu'elle ne l'est nullement.

M. FEULARD. — J'ai eu l'occasion de voir M. Moty appliquer sa méthode au Val-de-Grâce, j'ai constaté que les 39 ou 40 soldats qui ont passé devant mes yeux avaient subi sans douleur et sans terreur, 3, 4 injections de sublimé. J'ai même reconnu un malade qui était resté 2 ou 3 ans en traitement par M. Besnier, qui dans une période d'amélioration avait été admis par le conseil de revision et était au Val-de-Grâce rentré en pleine récurrence à l'infirmerie. J'engageai M. Moty à l'amener à la Société. Ce malade eût été tout à fait démonstratif.

M. MOTY. — Le traitement chez ce malade n'est commencé que depuis 3 semaines et il n'a pas encore donné de résultats satisfaisants.

DERMATITE HERPÉTIFORME DE DUHRING. — VARIÉTÉ PUSTULEUSE ET VÉGÉTANTE

Par MM. HUDELO et LOUIS WICKHAM. Histologie par M. DARIER.

Nous avons l'honneur de présenter à la Société, un malade du service de M. le professeur Fournier ; offrant à la main gauche, aux régions périnéales et scrotales et aux muqueuses buccales, des lésions qui reproduisent les caractères de la maladie récemment décrite par M. Hallopeau sous le nom de « Dermatite pustuleuse en foyers, à progression excentrique ». Il s'agit, en effet, de pustules qui se développent excentriquement pendant que leur partie centrale s'affaisse et devient croûteuse. La croûte formée tombe et met à découvert une surface papillomateuse, végétante, et très fortement pigmentée. Il se produit des auto-inoculations voisines qui évoluent pour leur compte. Les foyers voisins se réunissent et finissent par former de larges surfaces brunâtres papillomateuses,

végétantes, semées de pustulettes, surfaces limitées par un bord polyclique, circoné, formé par un soulèvement épidermique purulent, au-dessous duquel le derme est semé de pustulettes plus profondes. Au delà, existe une zone inflammatoire, et des pustules d'auto-inoculation.

Jamais et en aucun temps, parmi ces éléments on n'a observé de vésicules ou de bulles ; il s'est toujours agi dès le début de pustulettes très nettement opaques.

Ces surfaces sont le siège de sensations douloureuses. Par places, on constate des macules, ce sont des restes de lésions anciennes. Aux muqueuses buccales et linguales existent des érosions recouvertes de membranes blanchâtres ; les papilles linguales ont proliféré, et ont ainsi marqué plus nettement les plis antéro-postérieurs de la face dorsale de la langue.

Enfin M. Darier a reconnu, très nettement dans un élément obtenu par biopsie, les caractères histologiques étudiés par lui-même chez le malade du service de M. Fournier, présenté par M. Feulard au congrès de dermatologie en 1889, après la communication de M. Hallopeau, comme un second cas de la dermatite pustuleuse en foyers, à progression excentrique.

Or, il ne s'agit certainement pas chez notre malade d'une entité morbide spéciale, et c'est là le point intéressant, qui motive notre communication ; les lésions sont bien des lésions de dermatite pustuleuse en foyers à progression excentrique, mais les lésions de la dermatite dépendante de la dermatite herpétiforme de Dühring, dont elles doivent être considérées comme une forme pustuleuse et végétante. Le malade est, en effet, atteint de poussées successives depuis 1887, époque à laquelle il a été traité par M. Vidal qui a, le premier, sur ce malade, porté le diagnostic de « forme pustulo-végétante de dermatite herpét. de Dühring ». Il a été ensuite soigné à la même époque par M. Brocq. Récemment encore, nous avons vu évoluer sous nos yeux une poussée incontestable de dermatite herpétiforme, développée symétriquement sur les bras. Il s'agissait d'éléments annulaires, circonés, érythémato-papuleux, avec vésicules et vésico-pustules, prurigineuses ; et disparaissant après 8 ou 10 jours de durée, pendant que d'autres apparaissaient.

Bien que nous présentions ce cas comme une variété de dermatite herpétique, nous croyons devoir faire intervenir pour l'explication des lésions pustuleuses avec auto-inoculation superficielle, serpiginieuse, l'influence au moins à titre d'agent infectieux secondaire et sur un terrain préparé par la dermatite herpétiforme, du micro-organisme qui détermine dans la maladie de M. Hallopeau, des caractères identiques (soit le staphylococcus pyogenes albus qui a été trouvé à l'état pur, dans les deux cas de M. Hallopeau comme dans le nôtre, soit quelque microbe spécial actuellement inconnu).

M. VIDAL. — J'ai eu ce malade, en 1887, dans le pavillon Gabrielle. Il

avait alors un type parfait de la maladie de Duhring : prurit, phénomènes douloureux, éruptions pemphigoides, vésiculeuses, érythémateuses, pustuleuses, etc. A ce moment l'éruption intra-buccale l'a mis dans un état grave. Aux pieds il présentait des pustules nombreuses et des lésions végétantes, papillomateuses, en relief de près d'un centimètre sur la face dorsale du pied.

Puis je l'ai eu 2 ans sous les yeux, et pendant ce temps l'affection avait la forme type de la dermatite herpétiforme, variété végétante et pustuleuse. Au pied, le caractère végétant était plus marqué qu'à la main. On l'eût, en d'autres pays, appelé pemphigus végétant, appellation sous laquelle on a compris, je crois, beaucoup de cas de maladie de Duhring à forme végétante, papillomateuse.

M. HALLOPEAU. — Les deux cas que j'ai publiés sous le nom de dermatite pustuleuse en foyers à progression excentrique eût différé de celui-ci par le mode de développement des lésions en même temps que par leurs caractères.

M. FOURNIER. — Je me contenterai de faire remarquer l'état des fesses de cet homme. La lésion à ce niveau s'est modifiée ; mais lorsque j'eus l'occasion de l'examiner lors de son séjour dans mon service, il présentait à ce niveau l'apparence de plaques muqueuses hypertrophiques. S'il n'avait eu que ces manifestations, on eût affirmé des syphilides papulo-hypertrophiques, papulo-érosives.

M. JACQUET. — Puisque l'on a admis une analogie entre cette affection et le pemphigus végétant, il serait peut-être profitable d'essayer le traitement qu'a préconisé Unna contre cette dernière affection : applications locales et répétées de teinture d'iode sous le chloroforme. Chez un malade il a pu ainsi faire plus de 30 séances.

M. ERN. BESNIER. — Le mot de pemphigus végétant ne représente pas une individualité propre. Au contraire, à l'étranger, à Vienne on trouve nombre de fois le diagnostic de « pemphigus végétant ». Nous l'appelons ici de différents noms. Dans le cas particulier nous l'appellerons forme atypique, végétante de la maladie de Duhring.

M. VIDAL. — Pour répondre à M. Jacquet, je dirai qu'au point de vue du traitement, tous les essais pourront réussir, la lésion végétante guérit seule sans laisser de cicatrices. Sur les pieds de ce malade on n'en trouve plus traces.

M. DARIER. — Le résultat de l'examen histologique que j'ai pratiqué permet de rapprocher, d'identifier même les lésions qui existent dans ce cas, au niveau de la région génito-crurale, avec celles que j'ai constatées dans le cas de MM. Fournier et Hallopeau, publié par ce dernier, sous le nom de dermatite pustuleuse chronique à foyers excentriques. Dans les 2 cas, ces lésions sont caractéristiques et comportent notam-

ment des petits abcès dans la partie profonde des bourgeons inter-papillaires qui sont tout à fait spéciaux.

On a fait le rapprochement de ces deux cas avec le pemphigus végétant de Neumann. Or, dans le mémoire publié par cet auteur, on trouve des figures histologiques qui montrent presque exactement les mêmes lésions. Je pense donc que des cas diagnostiqués sous ce nom à l'étranger sont des exemples de la maladie que nous avons sous les yeux et qu'on peut considérer comme une forme pustuleuse et végétante de dermatite herpétiforme.

J'ajouterai au point de vue clinique que M. le professeur Neumann, qui a vu le malade de MM. Fournier et Hallopeau au moment du Congrès de 1889, n'a pas hésité à faire le diagnostic de pemphigus végétant ou frambœsiode.

M. HALLOPEAU. — Mes deux malades ont toujours vu leur affection débiter par des pustulettes miliaires et ont présenté un type différent du pemphigus. Je ne crois pas l'histologie suffisante pour trancher la question dans ce cas.

M. BESNIER. — M. Hallopeau n'admet pas la dénomination de pemphigus parce qu'il y a des pustules et non des bulles. M. Kaposi appelle cependant pemphigus une des formes de maladie de Duhring bien qu'il n'y ait pas de bulles.

M. RENAULT. — Le mot, pemphigus végétant, est une dénomination qui s'applique à des affections différentes. M. Hallopeau a vu un malade alors que je le remplaçais dans son service, atteint d'éruption iodurique à laquelle on a donné le nom « d'éruption bulleuse suivie de végétations considérables ». Il a été vu par tous les médecins de St-Louis et aucun n'a donné de diagnostic ferme. M. Brocq a prononcé le mot « pemphigus végétant ». Ce ne fut que deux ou trois mois plus tard qu'on s'aperçut que le malade était intoxiqué par l'iodure de potassium.

M. BROCC. — Quand on m'a présenté le malade dont a parlé M. Renault je n'avais jamais vu de pemphigus végétant, je n'ai donc pas pu faire ce diagnostic ; j'ai dit que cela ressemblait à ce que l'on appelait à Vienne pemphigus végétant. À l'égard du malade présenté par M. Wickham, je crois que l'on s'est un peu égaré. Il a une dermatite de Duhring.

En France, nous ne connaissons pas les formes pustuleuses de cette affection. Elles sont des plus importantes. J'ai décrit les formes papillomateuses dans mon travail en 1888, et on trouvera la description des variétés pustuleuses, papillomateuses, végétantes. Ce malade est un type de ces dernières formes.

M. G. THIBIERGE. — J'ai vu l'an dernier, à la clinique privée du pro-

fesseur Köbner, à Berlin, un cas de pemphigus végétant chez un homme d'une quarantaine d'années ; l'affection était caractérisée par de larges plaques végétantes succédant à l'évolution de grosses bulles et occupant les régions inguinales et la région périnéale ; il ne s'était pas développé de bulles en d'autres régions de la surface cutanée, mais le malade avait eu pendant 4 ou 5 ans auparavant des lésions de la muqueuse buccale qui avaient été considérées par plusieurs médecins comme d'origine syphilitique, malgré leur résistance au traitement spécifique ; ces lésions de la muqueuse buccale étaient constituées par des érosions succédant probablement à la rupture de vésicules et recouvertes par places d'exsudats pseudo-membraneux. Les lésions cutanées, après avoir résisté à une série de traitements, et en particulier à des caustiques mercuriels, ont cessé de repulluler après des raclages à la curette tranchante suivies de cautérisations au thermocautère : j'ai appris récemment par le professeur Köbner que leur guérison s'était maintenue, tandis que les lésions de la muqueuse buccale se reproduisent encore de temps à autre. Ce fait m'a paru assez différent de celui que viennent de présenter MM. Wickham et Hudelo et il me semble bien difficile de rapporter à la dermatite de Duhring tous les faits décrits sous le nom de pemphigus végétant.

NATURE ET TRAITEMENT DU LICHEN DE WILSON

Par M. L. JACQUET.

Je dois à la bienveillance de mon maître, M. E. Besnier d'avoir pu traiter par la méthode dont je vous ai entretenu à la dernière séance, trois nouvelles malades. Ce sont les résultats de ces tentatives que je vais vous communiquer aujourd'hui. Vous allez voir qu'ils confirment et complètent ceux que j'ai annoncés à deux reprises différentes ; à savoir que le soulagement constant et souvent immédiat de la maladie en tant que manifestations nerveuses de fond, et de la disparition rapide des lésions cutanées réactionnelles.

La première de ces malades est une femme de cinquante et un ans, extrêmement nerveuse, qui, depuis quelques mois, à la suite d'ennuis de famille, a perdu le sommeil, est devenue d'une impressionnabilité excessive, qui n'était d'ailleurs qu'une exagération de son état normal. Le prurit chez elle n'a pas été très vif et l'éruption de lichen, survenue il y a deux ou trois mois, est discrète. C'est de toutes mes malades (ce sont toutes des femmes), celle qui, à beaucoup près, a été la moins accessible à l'action du traitement hydrothérapique : elle a pris sept douches. Je reproduis fidèlement ses expressions : « Je dors mieux, je me gratte un peu moins, je vais un peu mieux ». Bien autrement efficace a été l'hydrothérapie chez les deux malades que je vous présente.

La première, de souche nerveuse, très nerveuse elle-même, a vu en février, sans qu'il soit possible d'en indiquer la cause, augmenter son énervement ordinaire, puis l'insomnie et diverses sensations prurigineuses apparaître entre autres des sensations de brûlure, de cuisson, intolérables la nuit principalement ; la peau devenait alors rouge, turgescente. Un mois plus tard les papules de lichen faisaient leur apparition à la face interne des cuisses. Puis rapidement elles se généralisèrent à la presque totalité des téguments jusqu'au 12 novembre, la malade a été classiquement traitée sans aucun résultat.

Elle prend sa première douche le 13 novembre, selon le mode que j'ai précédemment indiqué (douche tiède, de deux à trois minutes suivie d'une affusion froide très courte, le tout avec le minimum de percussion). Je la revois après sa cinquième douche : l'amélioration, est déjà très marquée ; elle dort très bien ; les démangeaisons, les sensations de brûlure sont presque éteintes.

Après vingt et une douches la sédation de l'éréthisme nerveux est complète, la disparition des néoplasies presque absolue, il n'en reste des vestiges qu'au bras droit, partout ailleurs elles sont remplacées par des macules fortement pigmentées.

Ma troisième malade est plus remarquable encore, tout au moins en ce qui touche la sédation, l'hyperexcitabilité vaso-motrice. C'est une femme de cinquante-trois ans, de descendance névropathique, très vive et très impressionnable elle-même, dormant habituellement fort peu, surmenée de travail et assiégée de préoccupations et de soucis matériels. En cet état elle fait, il y a cinq semaines, une chute dans la rue ; on la relève légèrement contusionnée mais violemment énervée et claquant des dents.

Rapidement son nervosisme augmente, le prurit apparaît, et les papules de lichen plan se montrent sur les mains. Actuellement, elle est littéralement couverte de papules miliaires et de placards lichéniens typiques. L'excitabilité nerveuse, le prurit deviennent intenses, surtout après les repas, et quand elle a chaud, à la suite d'une course un peu animée, par exemple. Dès la première douche, elle éprouve un soulagement notable. Après la troisième, elle est presque rentrée dans le calme ordinaire. L'éruption d'un rouge carminé très vif tend déjà à palir.

Donc le traitement hydrothérapique, tel que je l'ai employé, fait rapidement tomber l'hyperexcitabilité nerveuse. Chez la plupart des malades cette sédation est aussi facilement appréciable à chaque douche que l'est par exemple, la chute de l'hyperthermie typhoïde après le bain froid ; et il est pleinement démontré que cela suffit, à l'exclusion de tout autre traitement général ou local à amener en peu de temps (20 à 25 jours en moyenne) la régression des lésions cutanées.

Pour être complet, je dois ajouter que chez trois de mes malades j'ai vu survenir des troubles nerveux d'un autre ordre ; qu'ils soient dus ou

non à ma méthode de traitement, je vais vous les signaler en toute sincérité.

Chez l'une de ces malades, pendant que se calmaient les sensations d'ardeur à la peau, de cuisson et de prurit, des douleurs névralgiques apparaissaient dans deux ou trois espaces intercostaux, l'un deux, le cinquième de gauche, a été il y a six jours, le siège d'un zona fort léger d'ailleurs et aujourd'hui guéri.

Chez la malade que je vous ai présentée à la dernière séance et qui est aujourd'hui indemne et depuis longtemps déjà de toute lésion cutanée, est apparue une modification profonde du caractère. Cette malade qui était fort émotive, très vive, très impressionnable, est devenue apathique, taciturne ; elle se trouve plus lasse que d'ordinaire, à part ces modifications psycho-physiologiques, sa santé générale est fort satisfaisante.

Enfin chez la troisième malade, dont l'hyperexcitabilité vasomotrice a fait si brusquement place au calme, il existe aussi une légère sensation de faiblesse musculaire un peu insolite chez elle.

Quelle importance faut-il attribuer à ces faits qui semblent relever d'une sorte de transfert nerveux sous l'influence perturbatrice de la douche ? L'avenir nous le dira.

Il convient maintenant de rechercher si ces résultats thérapeutiques, joints à d'autres détails intéressants de l'histoire de ces malades, ne peuvent pas nous donner quelques indications sur la nature et la pathogénie du lichen de Wilson.

Qu'il ait une origine nerveuse dans l'immense majorité des cas, cela ne fait guère question, quoique M. Leloir qui a fait des travaux si remarquables sur les dermato-nerveuses, mette cette origine en doute. Mais par quel mécanisme ? Voilà qui est beaucoup plus obscur. Tous les auteurs classiques admettent que les symptômes fonctionnels nerveux, sont sous la dépendance des lésions cutanées.

« Le lichen plan provoque des réactions nerveuses, l'éruption s'accompagne d'un prurit très vif, ou encore l'éruption est fort prurigineuse » : tel est, à ce point de vue le moule ordinaire des descriptions classiques.

Or à y regarder de près, rien n'est plus inexact, et cela est même, pour le dire en passant, assez peu aisé à mettre d'accord avec l'opinion quasi-générale, mais fort vague que le lichen de Wilson est d'origine nerveuse. En réalité si l'on serre l'interrogatoire des malades, on arrivera presque toujours à apprendre que des manifestations nerveuses diverses (énervement, insomnie, prurit) ont précédé plus ou moins longtemps, quelquefois fort longtemps, l'apparition des papules. Ce qui démontre encore mieux le rôle que joue le système nerveux dans la pathogénie de cette maladie, c'est qu'une de mes malades guérie, vint un jour se plaindre à moi d'une récurrence de sa maladie ; tous les symptômes nerveux avaient reparu au grand complet et elle croyait les boutons revenus au cou, et surtout à la région lombo-sacrée, alors qu'il n'y avait pas une seule papule de lichen sur la peau.

La conclusion s'impose : puisque tout le cortège des symptômes nerveux, y compris les sensations prurigineuses peut exister au point de faire illusion à la malade, sans qu'il y ait trace de papule, c'est bien évidemment que la néoplasie éruptive, n'en est pas la cause efficiente. Donc, ici, comme je l'ai montré pour l'urticaire, ce n'est pas l'éruption qui est prurigineuse, c'est bien plutôt, selon la formule que j'ai donnée, le prurit qui est éruptif ; la hiérarchie des symptômes doit être renversée.

En effet, pour des raisons multiples sur lesquelles je reviendrai en détail, je suis tout disposé à considérer aujourd'hui le lichen plan comme une éruption provoquée par les traumatismes de tout ordre (contacts, grattages) exercés sur des régions de la peau dont le tonus vaso-moteur est profondément troublé par une influence nerveuse centrale ; le lichen plan prendrait place ainsi dans cette classe des dermatoneuroses pour laquelle M. Brocq et moi avons créé la dénomination de névrodermites, c'est-à-dire de névroses cutanées à lésions inflammatoires secondaires, et artificielles. Je reviendrai sur ce point de doctrine, sur les objections qu'on peut m'adresser à son sujet, et j'espère arriver à le bien établir, car je puis dès maintenant l'appuyer sur un ensemble de faits cliniques, anatomo-pathologiques et thérapeutiques.

M. E. BESNIER. — Il est hors de doute que la malade que j'ai envoyée à M. Jacquet est en effet complètement guérie de son éruption de lichen, et cela avec une rapidité peu commune ; je ne puis donc que l'encourager à poursuivre cette intéressante tentative.

M. VIDAL. — La douche chaude seule est un sédatif d'une grande puissance : donnée d'abord tiède, on peut progressivement augmenter la température de l'eau. Aussi je me demande s'il ne vaudrait pas mieux supprimer la douche froide dont la fait suivre M. Jacquet et s'il ne craint pas que celle-ci ne soit ainsi légèrement excitante et ne diminue un peu l'action calmante de la douche chaude.

Depuis une vingtaine d'années je fais usage de ces *douches sédatives d'eau chaude* pour calmer l'irritabilité spinale. J'en ai obtenu d'excellents résultats dans le traitement des contractures, de la sclérodémie, etc. Ces douches [d'une température de 30 à 35 degrés centigrades doivent être administrées avec l'ajutage en petit arrosoir écarté et être dirigées de haut en bas, *presque parallèlement* à la colonne vertébrale.

Leur durée, d'abord de 5 minutes, peut être augmentée d'une minute, chaque jour, jusqu'à 10 minutes.

UN CAS D'ATROPHODERMIE ÉRYTHÉMATEUSE EN PLAQUES,
A PROGRESSION EXCENTRIQUE

PAR M. GEORGES THIBIERGE.

La malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société est atteinte d'une lésion de la face dont je n'ai trouvé aucune description dans les traités de dermatologie.

X..., 25 ans, femme de chambre a déjà été soignée au mois de mars dernier dans le service de M. le professeur Fournier qui a bien voulu m'autoriser à essayer chez elle le traitement par l'électrolyse. Elle est revenue me consulter ces jours derniers, avec des lésions plus accentuées qu'au moment où je l'avais vue pour la première fois.

Elle présente sur la joue droite, un peu au-dessous de l'os malaire, une plaque à peu près exactement circulaire, ayant environ la dimension d'une pièce de 10 centimes, nettement délimitée sur les bords, déprimée par rapport au téguments adjacents avec lesquels elle se continue suivant un plan très oblique et presque comme si ceux-ci avaient été découpés à l'emporte-pièce.

La coloration de la plaque déprimée est d'un rouge pâle, s'efface complètement par une pression un peu énergique sans laisser de traces de dilatations vasculaires.

On voit sur cette plaque des points et des lignes de coloration blanche légèrement saillants, plus fermes que la partie adjacente sur laquelle ils tranchent manifestement et consécutifs au traitement électrolytique. (La malade a subi 8 séances d'électrolyse ; l'électrode négative était formée par 12 aiguilles en acier fixées sur un manche unique ; l'intensité du courant employé n'a jamais dépassé 5 milliampères.) Ces points et ces lignes sont actuellement beaucoup moins développés et surtout moins saillants qu'ils n'ont été dans les semaines qui ont suivi les premières séances d'électrolyse.

La consistance de la plaque, abstraction faite de ces dernières modifications est plus faible que celle de la peau normale.

La partie voisine de la peau ne présente absolument aucune modification dans son aspect et sa coloration, en particulier aucune exagération ou diminution de la pigmentation.

Il n'existe sur le reste du corps aucune autre lésion du même ordre qu'une petite plaque située à 1 centimètre en avant du pavillon de l'oreille gauche et à 1 centimètre au-dessus de son insertion inférieure. Cette plaque ovale, à grand diamètre vertical, ayant environ les dimensions d'une grosse lentille, présente une coloration rouge légèrement violacée, à contours nettement arrêtés ; les bords de cette plaque sont légèrement inclinés et son fond est sensiblement déprimé par rapport aux parties adjacentes, mais la dépression est moins profonde que sur la plaque de la joue droite et l'inclinaison des bords moins brusque. Sa coloration disparaît presque complètement par la pression, laissant seulement une teinte ardoisée très faible et la plaque présente alors plus manifestement l'aspect atrophique.

La consistance des téguments à ce niveau paraît un peu diminuée ; mais.

vu la faible dimension de la lésion, il est difficile d'avoir une sensation bien nette.

Sur la face, on voit des taches de lentigo assez abondantes, des saillies de milium sur les joues et la région temporale; les follicules sébacés sont très dilatés sur le nez et surtout à sa racine.

La lésion de la joue droite remonte à 2 ans environ; elle s'est développée lentement sans douleur, sans sensation subjective d'aucune sorte.

Depuis le mois de mars la lésion paraît s'être étendue d'environ 2 à 3 millimètres autant qu'on peut en juger par la limite externe des lésions consécutives aux applications électrolytiques, lesquelles avaient été faites sur les limites extrêmes de la plaque à cette époque.

Le début de la plaque de la joue gauche remonte à huit mois environ; elle n'a pour ainsi dire pas cessé de s'étendre depuis son apparition.

La malade est pâle, anémique, elle a d'ailleurs ce teint depuis fort longtemps, ne trouve pas que ses forces aient diminué, néanmoins elle ne peut faire qu'un travail peu fatigant.

Réglée à 15 ans, règles régulières peu abondantes, douloureuses.

Pas de palpitations cardiaques.

La malade se déclare nerveuse mais n'a jamais eu d'attaques de nerfs.

Pas d'hémianesthésie, pas de rétrécissement du champ visuel; notable diminution de la sensibilité pharyngée.

A eu des migraines continuelles vers 18 ou 19 ans.

Son père, atteint de tuberculose pulmonaire, est actuellement en traitement dans le service provisoire que je dirige à l'hôpital Saint-Louis.

La dépression des téguments au niveau des plaques, la diminution de leur consistance, manifeste au niveau de la plus large de ces deux plaques constituent les principales caractéristiques de ces lésions et montrent à première vue qu'il s'agit ici d'une atrophie cutanée; si l'on ajoute à cela que ces modifications ne sont ni accompagnées ni précédées de lésions manifestement inflammatoires ou hyperplasiques des téguments, qu'elles se développent sans douleur, lentement et sourdement, on est amené à en faire une atrophie primitive ou protopathique de la peau.

Néanmoins la rougeur manifeste des téguments déprimés, rougeur violacée sur une des plaques, uniforme sur toute leur étendue, disparaissant par la pression, ne peut être méconnue et, si l'absence de lésions manifestement cicatricielles ne permet pas de prononcer ici le nom d'ulérythème proposé par Unna pour désigner les affections caractérisées uniquement par la production de lésions érythémateuses et par la transformation cicatricielle de ces lésions, on ne peut cependant s'empêcher de rapprocher le cas actuel des faits baptisés de ce nom par le savant dermatologiste de Hambourg; l'atrophie et l'érythème, qui marchent ici de pair, sont sans doute liés entre eux par une étroite relation et sont très probablement l'un et l'autre l'expression d'un même état pathologique.

Ce type de lésions ne se rencontre pas dans les descriptions que les auteurs donnent de l'atrophie cutanée. Ni dans les récents traités de

dermatologie des auteurs anglo-américains qui décrivent avec soin l'atrophie cutanée, ni dans le savant *Traité descriptif des maladies de la peau* de MM. Leloir et Vidal qui lui consacrent un remarquable chapitre, ni dans la deuxième édition française dans les *Leçons* de Kaposi, ou dans les notes que M. Besnier y a ajoutées, à plus forte raison dans les anciens auteurs, nous n'avons trouvé mention de faits analogues.

Les types d'atrophie partielle et primitive signalés par les différents auteurs sont :

1° Les stries atrophiques et les vergetures, qui restent stationnaires et ne présentent pas l'évolution et la progression excentrique manifestes dans le cas actuel et dont la coloration, érythémateuse au début, devient blanche et fibreuse au bout de quelques mois.

2° La maladie de Romberg, ou hémiatrophie faciale progressive, dans laquelle les lésions cutanées n'offrent ni la limitation parfaite ni la coloration rouge si caractéristiques chez la malade actuelle.

3° Une forme d'atrophie moins bien connue que la précédente, relevant vraisemblablement aussi d'une cause nerveuse et caractérisée par des « taches blanchâtres, jaunes ou d'un brun clair, arrondies ou ovalaires, dont le diamètre ordinaire varie entre celui d'une pièce de 2 francs et celui d'une pièce de 5 francs, mais dont quelques-unes peuvent atteindre de 5 à 6 centimètres de longueur. Les plus récentes et les plus grandes prennent une teinte brunâtre » (Leloir et Vidal, *loc. cit.*, p. 70).

Je compte présenter ultérieurement à la Société un exemple de cette forme d'atrophie cutanée dont j'ai déjà eu l'occasion d'observer plusieurs cas très nets et à laquelle appartiennent très probablement les faits publiés récemment par M. J. Brault, sous le nom de sclérodermie en plaques limitée au front et au cuir chevelu (*Annales de Dermatologie*, octobre 1891, p. 777). Cette forme d'atrophie cutanée a pour siège de prédilection la face et en particulier, comme chez la malade actuelle, la région préauriculaire.

La coloration rouge, la limitation nette des lésions, la dépression brusque des téguments à leur niveau y font défaut ; et d'ailleurs la coloration brune de la plaque et des téguments adjacents lui donne une physionomie très différente du cas actuel.

Si la malade que je présente ne rentre pas dans les types précédents, rien n'oblige à considérer comme close la liste des formes de l'atrophie cutanée primitive. D'autre part, les phénomènes cliniques sont, dans le cas actuel, en faveur de cette hypothèse ; les lésions cutanées ne présentent, en effet, aucun caractère qui permette de les ranger dans le groupe des affections inflammatoires ou irritatives de la peau susceptibles d'aboutir à un processus atrophique, telles que la sclérodermie, le lupus érythémateux, les folliculites atrophiantes, etc. La nature véritable des lésions ne pourrait, il est vrai, être établie que par un examen biopsique que leur siège à la face ne nous permet pas de pratiquer.

Mais quelque incomplet que le rende l'absence d'examen histologique, ce fait ne m'a pas paru dépourvu d'intérêt. En raison de la coïncidence de l'atrophie avec un aspect érythémateux manifeste, ainsi qu'en raison de la forme et de la marche des lésions, je crois pouvoir, jusqu'à plus ample informé et pour le distinguer des autres formes d'atrophie cutanée, le désigner sous le nom d'*atrophodermie érythémateuse ou érythématogène, en plaques, à progression excentrique*. Je souhaite qu'une connaissance plus approfondie de la maladie permette de lui donner une dénomination plus exacte et plus courte et de lui assigner une étiologie que rien dans le cas actuel ne permet de préciser ni de préjuger.

M. VIDAL. — Je crois aussi à des lésions d'atrophie partielle idiopathique de la peau. La joue est un de leurs lieux d'élection. Elles sont généralement blanchâtres, jaunâtres ou brunâtres ; la coloration rouge ou violacée est exceptionnelle.

SUR UN LICHEN DE WILSON AVEC CNOMANIE ET DYSCHROMIES CONSÉCUTIVES

Par M. H. HALLOPEAU.

Les papules du lichen de Wilson sont généralement colorées en rouge brun ou pâle, d'où le nom de lichen ruber qui a été donné à cette maladie ; les macules même qu'elles laissent à leur place, lorsqu'elles ont rétrogradé, présentent d'ordinaire, pendant longtemps, une coloration brun sépia, du moins dans la plupart des cas. Parmi les nombreux moulages qui représentent cette maladie dans le musée de St-Louis, il n'en est que deux dans lesquels les papules de lichen soient partiellement décolorées : ils ont trait à la variété que nous avons décrite sous le nom de *lichen scléreux*. Kaposi a signalé un fait dans lequel les papules de lichen avaient donné lieu secondairement à la production de cicatrices réticulées, étendues, plates et légèrement déprimées, d'un aspect blanc brillant et entourées d'un liséré rouge, simulant des cicatrices de lupus érythémateux ; dans ce cas, distinct de notre lichen scléreux, la décoloration ne portait pas sur les éléments en activité de la maladie, mais seulement sur les cicatrices qu'ils laissaient à leurs places.

Chez le malade que nous avons l'honneur de présenter aujourd'hui à la Société, les papules lichénoides, loin d'être atrophiées, sont au contraire saillantes et indurées : elles sont pour la plupart complètement décolorées comme des plaques de vitiligo et elles sont entourées de zones pigmentées ; l'histoire de ce malade peut être résumée ainsi qu'il suit :

L..., âgé de 57 ans, couché au n° 65 de la salle Bazin, a eu dans sa première enfance, à l'âge deux ans, des abcès multiples qui ont été qualifiés de scrofuleux et ont laissé des cicatrices caractéristiques; en 1854, il a contracté un chancre induré et consécutivement il a été atteint, au membre inférieur droit, d'une syphilide ulcéreuse dont on voit encore les traces. Son éruption actuelle a commencé en 1865 pour ne jamais cesser depuis lors; il vient en 1872 à St-Louis, dans le service de Bazin qui qualifie sa maladie de *lichen lividus*; les plaques saillantes qui existaient alors ont disparu et il s'en est produit de nouvelles; elles ont graduellement pâli. L'éruption a été constamment le siège de violents grattages. Actuellement, on voit, à la partie antéro-interne de la jambe gauche, près de son extrémité inférieure, plusieurs plaques saillantes, dures au toucher et complètement décolorées; plusieurs d'entre elles sont criblées de dépressions punctiformes caractéristiques du lichen de Wilson: les plus grandes atteignent un diamètre d'environ 2 centim.; elles sont entourées de zones colorées en brun sombre; une de ces plaques est décolorée dans sa partie centrale et pigmentée à sa périphérie; l'intensité du grattage a donné lieu par places à des excoriations: La pigmentation n'est pas limitée aux contours des plaques lichénoides; elle occupe, à leur exception, toute la partie antérieure de la jambe; cette région donne à la main une sensation de chaleur qui contraste, lorsque le membre est resté quelque temps découvert, avec le refroidissement des parties voisines et du membre opposé.

Le diagnostic ne nous paraît pas pouvoir faire l'objet d'un doute: la persistance, pendant de longues années, de ces plaques dures et non ulcérées, le prurit intense dont elles sont le siège, et les orifices punctiformes dont la plupart d'entre elles sont criblées sont caractéristiques et permettent d'éliminer l'hypothèse de syphilides; ce malade est d'ailleurs déjà venu dans nos salles et nous avons constaté que sa dermatose n'était en aucune façon modifiée par le traitement ioduré.

Il s'agit donc bien d'un lichen de Wilson; ce qu'il présente de particulier et nous paraît digne d'attirer l'attention, c'est la *décoloration complète de presque toutes les plaques éruptives et la pigmentation exagérée du tégument qui les entoure*.

On pourrait penser à des troubles d'origine tropho-névrotique; j'ai communiqué récemment à l'Association pour l'avancement des sciences, avec M. Larat, un fait dans lequel une éruption lichénoïde s'accompagnait de troubles de pigmentation; mais la distribution des dyschromies et la nature de l'éruption différaient essentiellement de celles que nous venons de décrire chez notre malade; il s'agissait de plaques de vitiligo plus ou moins étendues qu'entouraient des séries incurvées de papules lichénoïdes: celles-ci ne présentaient d'ailleurs, ni la surface lisse, ni les contours irréguliers, ni les dépressions punctiformes qui caractérisent le lichen de Wilson.

Nous avons vu que l'éruption du malade que nous présentons se rap-

proche de celle que nous avons décrite sous le nom de lichen scléreux par la décoloration des papules : mais, dans les deux cas qui nous ont servi à en faire la description, les plaques semblaient en voie d'atrophie ; leur consistance et leur saillie étaient moindres ; leur décoloration était moins complète ; enfin il n'y avait pas trace de la pigmentation des parties voisines qui est si prononcée chez notre malade actuel ; si donc il est possible que le tissu de ces papules soit sclérosé, et la grande résistance qu'elles offrent à la pression est en faveur de cette manière de voir, il s'agit d'un type morbide différent de celui que nous avons décrit sous ce nom.

En étudiant l'histoire de ce malade, on y trouve un élément qui nous paraît y jouer un rôle capital et suffire à expliquer les caractères tout à fait anormaux que présente l'éruption, nous voulons parler du grattage : le malade en effet, affirme que, depuis 15 ans environ, il se gratte matin et soir avec violence : il prend un morceau de linge et en frotte les parties malades avec force jusqu'à ce qu'il se soit produit une excoriation de la peau : on conçoit que ces traumatismes, incessamment réitérés pendant de longues années, aient pu modifier profondément les caractères de l'éruption et donné lieu à la formation d'un tissu de cicatrice avec atrophie du corps muqueux qui explique l'induration des plaques et leur décoloration ; ces mêmes traumatismes rendent compte des pigmentations circonvoisines par les congestions réitérées qu'ils provoquent. Nous avons observé, dans le courant de cette année, deux faits dans lesquels des grattages incessamment renouvelés pendant des années avaient amené la formation de cicatrices multiples et profondes ; il ne semblait avoir existé dans ces cas aucune affection antérieure des téguments ; le grattage était le résultat d'un trouble psychique que nous proposons de désigner sous le nom de *cnomanie* (de *κναιω*, je gratte) : un état semblable existe chez le malade qui fait l'objet de cette communication ; le prurit occasionné par le lichen, quelque prononcé qu'il soit, n'atteint pas une intensité suffisante ni une persistance capables de justifier un telle frénésie de grattage ; nous croyons donc pouvoir dire que nous avons affaire ici à un lichen compliqué d'une *cnomanie* qui est devenu scléreux et comme cicatriciel sous l'influence des grattages et s'est entouré, sous l'influence de la même cause, d'une zone pigmentée par l'effet de congestions incessamment renouvelées.

DE LA PHTHIRIASÉ DES PAUPIÈRES

Par M. LOUIS JULLIEN.

J'ai eu l'occasion de soigner dans mon service de St-Lazare une femme atteinte d'une phthiriasé palpébrale, maladie extrêmement rare,

et sur la quelle les auteurs soit de la dermatologie, soit de l'oculistiquene donnent que fort peu de détails. Voici d'abord ce fait.

Il s'agissait d'une robuste fille de 17 ans, entrée dans mon service à Saint-Lazare pour des plaques muqueuses de la vulve. Cette malade avait la tête couverte de poux et présentait, quoique en petit nombre, des morpions au pubis et dans les poils de l'aisselle. En l'examinant, je fus frappé par la présence entre les cils, qui étaient très longs et très fournis, de petits points grisâtres que je reconnus bien vite être des lentes; chaque poil en portait une, deux et parfois plus, solidement attachées par une enveloppe transparente, extrêmement adhérente. Enfin en me servant d'une forte loupe, je pus distinguer une véritable armée de poux tapissant le bord ciliaire. Ils se présentaient par la face dorsale, d'un jaune ocreux très accusé, la tête dirigée du côté de l'orifice du follicule.

Ayant reconnu au microscope qu'il s'agissait de morpions, la plupart de très petite taille comparés à ceux de la région génitale, je réussis à en débarrasser ma malade en une seule séance, en procédant, un par un, à l'extraction de tous les parasites et de tous les œufs. Aidé par M. Arnaud, mon interne, et travaillant sous la loupe, j'en enlevai plus d'une centaine, me servant d'une pince à griffes, entre les mors de laquelle je faisais glisser les cils. La malade est restée complètement guérie depuis cette petite opération; elle a seulement présenté une blépharite légère à la suite de l'irritation causée par le contact répété des pinces. Quant aux parasites ils n'avaient déterminé aucune espèce de sensation pénible, pas même de la démangeaison. La malade, peu délicate, il est vrai, ne s'en était pas aperçue. J'aurai terminé l'histoire de cette femme en ajoutant que les deux yeux étaient très inégalement envahis; à gauche je n'ai guère compté qu'une vingtaine de parasites; enfin il n'y avait pas de taches ombrées sur le corps, pas plus qu'entre les cils je n'ai pu voir les grains bruns qui caractérisent habituellement les excréments des phthirius.

I

Ce n'est pas que le pou des paupières n'ait été observé de toute antiquité, nous le trouvons signalé dans les plus vieux auteurs. Il semble même que les pères de la médecine l'aient étudié comme un accident de pratique courante. Dans ses *Définitions médicales* (édit. de 1830, vol. XIX p. 436), Galien qui en parle à deux reprises § CCCLII et § CCCLIII s'exprime ainsi : « Phthirius est scabies circa palpebrarum radices quæ squamas furfuri similes dimittit ». Au chap. des *Maladies des yeux* (liv. VI, § 15), Celse en parle plus longuement. « Il est aussi une espèce de maladie dans laquelle il vient des poux dans les paupières, ... il arrive presque toujours qu'au bout d'un certain temps, il est suivi d'un écoulement de pituite des plus opiniâtres, les yeux même s'ulcèrent et la vue s'altère ». Paul d'Egine émet les préceptes de thérapeutique « ad palpebrarum pediculos : expurgatis prius pediculis, marina tepida

palpebras colluere oportet. Deinde medicamento subscripto cilium attin gere : aluminis scissi partibus duabus herbæ pediculariæ parte unâ, tritis utitor » (*Opera omnia*, MDLI, p. 150).

Ambroise Paré qui distingue parmi les parasites cutanés les poux, les morpions et les cirons, a bien reconnu que les morpions seuls s'en prenaient aux paupières (Livre XX, chap. vi). « Par leurs morsures il pénètrent le cuir chevelu jusque dedans la chair, et même aux paupières des yeux, qui cause un extrême prurit et démangeaison... et par la grande friction s'y fait défluxion qui vient à gagner et corrompre la veue... » « Phthiriasis, écrit Guillemeau son contemporain, est quand plusieurs petits poux et larges molestent le poil des paupières » (*Traité des maladies de l'œil qui sont au nombre de cent treize*, 1585). Maître-Jan, qui composa en 1740 un *Traité des maladies de l'œil*, aborde la même question avec une grande précision en son chapitre XVIII, page 500. « On ajoute encore, parmi les maladies de l'œil, celle qu'on nomme phthiriasis qui est quand des petits poux larges et plats s'engendrent entre les cils. Je n'en ai point encore rencontré, quoique j'aie exercé la chirurgie assez longtemps dans l'Hôtel-Dieu de Paris, j'ai bien vu quelquefois des morpions s'attacher à la racine des cils, comme dans les autres lieux pileux, mais cela ne constitue pas une maladie particulière, et d'ailleurs ce n'est pas de cette espèce de vermine dont nos auteurs entendent parler. »

Avec la période contemporaine les observations se font rares, on peut même dire exceptionnelles. Les dermatologistes méconnaissent cette localisation du phthirius, comme Caillault qui écrit dans son *Traité prat. des maladies de la peau chez les enfants*, 1859 (p. 251) « Le pou du corps se voit rarement et le pou du pubis ne se rencontre jamais chez l'enfant » ; comme Bazin et son élève Baudot pour lesquels le parasite peut occuper « non seulement les parties sexuelles mais encore toutes les régions velues à l'exception de la tête. » Hebra en fait à la vérité mention dans son grand ouvrage, mais dans son immense pratique M. Hardy n'en observe qu'un seul cas : « à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, j'ai trouvé, dit-il, un de ces parasites attaché à la base d'un cil, il avait déterminé une conjonctivite intense. (*Traité prat. et descr. des mal. de la peau*, p. 492).

C'est du côté de l'ophtalmologie que la moisson des faits est la plus intéressante. Le premier en date appartient à Lawrence, et parut en France en 1830 dans la traduction de son *Traité pratique sur les maladies des yeux* (page 268). On me saura gré de le reproduire ici. « On m'apporta un enfant dont les yeux étaient ulcérés, sanieux et très irrités. Je remarquai aussitôt que cette irritation était causée par un nombre infini de petits poux logés entre les cils et à leurs racines. Je conseillai de faire des frictions avec la pommade citrine, mais la mère de cet enfant honteuse d'apprendre que telle était la cause de la maladie de son fils, ne l'apporta plus à la consultation. » Il faut arriver jusqu'en 1859 pour

retrouver une nouvelle observation ; elle est due à Harkness (*Ophthalmic Reports*, vol. II, 1859, p. 125) qui la recueillit sur une juive allemande de 50 ans, étudia le cas avec soin, fit dessiner le parasite et la région malade ; il ajouta au sien 3 cas observés par un auteur anglais, Dalmyphe, chez des enfants. Autre exemple publié par Steffen (*Klin. Monats. f. aug.*, janvier et février 1866) et concernant un enfant de 3 ans ; cet auteur le publie parce qu'il n'en connaît pas d'autres dans la littérature, et que c'est pour lui un fait absolument nouveau. En 1881, Stelwagon communique un cas rencontré chez une petite fille appartenant à une famille aisée, qui ne négligeait pas les soins de propreté, et mentionne 3 cas semblables observés par le Dr Morton à Wills-Eye-Hospital (*Arch. of dermat.*, juillet 1881) ; vinrent ensuite les travaux de Ring (*N. Y. Med. Rec.*, 1886 p. 647), Trousseau (*Bull. de la clin. ophth. de l'hosp. des Quinze-Vingts*, 1886, t. IV, p. 179), Despagne (*Rec. d'ophth.* p. 675, 1887), sans oublier l'importante monographie de Rosenmeyer (*Münch. med. Woch.*, 1866, p. 145), le chapitre de R. Blanchard dans sa *Zoologie med.* (t. II, p. 446), et l'excellent article de Pignot dans le *Dict. encycl.* (t. XXIV, p. 458).

J'ajoute que je dois la connaissance de faits inédits à MM. Diday, Corlieu, Hallopeau, Masselon, Cordier, que je prie ici d'accepter mes remerciements.

II

La phthiriasse palpébrale est fort rare. Des chiffres produits par Ring il résulte qu'on n'en trouve mentionné qu'un seul cas sur 57,000 dans les mémoires de *Manhattan Eye and Ear Hospital*. De même le Dr Webster n'en a observé qu'un seul cas pendant 13 ans de pratique, c'est-à-dire sur 50,000 malades environ. Depuis 20 ans environ que j'examine des malades, j'en ai rencontré 2 cas, proportion vraiment exceptionnelle quand on songe que Profeta (de Palerme), et Aubert (de Lyon) auquel nous sommes redevables de si intéressants travaux sur les poux, m'ont écrit tous deux que cette maladie leur était totalement inconnue.

Au point de vue étiologique, le fait le plus saillant qui ressort de ma statistique est l'*aptitude singulière des enfants*, j'en compte 20 sur 30 cas ; leur âge varie de 3, 4, 5, 10 à 11 ans ; mais je sais que le fait a été observé sur des nourrissons. Les cas de Lawrence, Hardy, Trousseau, Cordier, Despagne sont relatifs à des enfants que les parents amenaient à la consultation pour des blépharites de cause inconnue ; c'est dans les hôpitaux d'enfants que ces cas devraient être recherchés, ainsi que me l'écrit Cordier, et je suis convaincu que nombre d'entre eux passent inaperçus. La cause de cette prédisposition est aisée à concevoir et doit être recherchée dans les personnes qui entourent les petits malades. Pendant l'allaitement l'insecte chemine facilement du sein de la nourrice à l'œil du nourrisson ; d'autre part dans plusieurs de nos observations il est per-

mis d'incriminer les parents ; le petit garçon de Ring avait couché avec ses 2 frères âgés de 17 et 18 ans ; Trouseau reconnut la phthiriasse chez le père de l'un de ses 2 malades, et lorsque Lawrence eût déterminé la nature du mal chez l'enfant qui lui fut amené, sa mère s'enfuit honteuse, semblant faire elle-même l'aveu de sa part de responsabilité.

En ce qui concerne le sexe, nous trouvons 10 hommes pour 5 femmes, fait sur lequel il est inutile d'insister.

La coïncidence du phthirius dans les sourcils est notée dans 1/5 des cas ; si elle l'est beaucoup moins dans les régions pelviennes et axillaires, cela tient au grand nombre de nos impubères. Elle est de règle en effet chez l'adulte, et Harkness énumère expressément les 3 étapes : pubis, aisselle, face, parcourues par l'animal. Exceptons les cas de transport direct, comme celui de ce médecin du dispensaire, qui peu après une visite, portant la main à l'œil gauche pris de démangeaison, en retira un morpion.

Une autre coïncidence qui n'est point rare est celle du *pediculus capitis*. La femme C..., quand elle fut envoyée dans mon service en était un exemple, sa chevelure fourmillait de poux, et les lentes s'y voyaient en grand nombre, toutefois jusqu'ici aucun observateur n'a rencontré ces derniers en habitat sur les cils ; Cordier, à la vérité, en vit une fois sur les sourcils, mais « il n'y avait pas de lentes, et certainement les parasites étaient seulement de passage, ils paraissaient avoir fui le cuir chevelu quand on avait coupé les cheveux, et appliqué la pommade au sulfate de cuivre ». On sait que le morpion qui a été vu parfois dans la chevelure (Bertarelli et Carabelli) n'a pas non plus tendance à s'y reproduire, il faut signaler comme de très rares exceptions les cas de White (de Boston) et de Grassi. Ce dernier découvrit des œufs en abondance dans la chevelure de 3 petites filles, 3 sœurs dont l'aînée avait 9 ans, encore les parasites n'existaient-ils qu'à la périphérie du cuir chevelu.

Depuis le jour où Harkness publia le premier dessin de pou palpébral, il n'est plus permis de douter qu'il ne s'agisse du seul *phthirius inguinalis*. Plusieurs observateurs ont de nouveau confirmé cette notion ; moi-même j'ai soumis à l'examen microscopique de nombreux individus recueillis sur les cils de ma malade, et constaté tous les signes caractéristiques du morpion. Si j'insiste sur cette particularité, c'est que dans les travaux des auteurs américains se retrouve une préoccupation qu'il faut mentionner ici. Comme plusieurs des sujets observés venaient de la campagne, comme quelques-uns s'infestaient de nouveau chaque fois qu'ils y retournaient, comme quelques-uns même avaient couché dans des poulaillers, on crut pouvoir soupçonner la pédiculose aviaire d'être l'origine de la contagion, mais c'est là une hypothèse que des observations précises ont complètement ruinée.

III

Il faut regarder de fort près pour diagnostiquer la phthiriasse palpé-

brale et beaucoup de malades ne s'en aperçoivent pas eux-mêmes; aussi suis-je convaincu que bien des cas échappent à l'observation. Le hasard seul peut faire reconnaître le pou isolé, de passage; quant aux cas dans lesquels il a fait colonie, 3 signes principaux les caractérisent objectivement, lesquels reposent sur la constatation des parasites, de leurs œufs, de leurs excréments.

Les parasites sont très difficiles à découvrir en raison de leur petitesse, de leur siège tout à fait à la base du poil, de leur position, le rostre et la tête enfoncés dans l'ouverture du follicule, présentant à la vue leur face postérieure, sans aspérités, terne et d'une teinte à peine plus accentuée que celle des petites concrétions squamo-sébacées que l'on voit si souvent aux paupières. Dans ces conditions, la loupe seule conduit à la certitude en permettant de distinguer le dos de l'animal, son contour triangulaire, sa forme légèrement bombée comme celle d'un bouclier, et les rayures transversales brunes sur un fond jaune de cire. Enfin, que l'on vienne à déranger l'animal, on le voit agiter ses 3 paires de pattes, qu'on essaye de l'extraire et par les épaisses griffes qui les terminent, ils s'accroche aux cils et résiste aux tractions que l'on exerce.

Ces animalcules peuvent pulluler en quantité considérable, j'en ai compté beaucoup plus de cent sur la paupière supérieure droite de ma malade, nombre qui égale, s'il ne l'excède, celui des cils que Sappey fixe à 100 ou 120 en moyenne.

Les œufs sont autrement aisés à reconnaître; c'est par leur pointillé gris jeté à travers les cils que le diagnostic se fait dans la grande majorité des cas; c'est ce qui frappe tout d'abord. Comme au pubis ils sont fixés aux poils très près de leur origine; sur la plupart des cils que j'examinai j'en comptai un ou deux, mais d'autres auteurs en ont vu jusqu'à 5. Je les reconnus bien avant d'avoir découvert les poux eux-mêmes, et j'essayai mais vainement de les faire éclore en les enfermant en un tube, où je maintenais l'atmosphère humide et chaude.

Les excréments des parasites jouent aussi un rôle dans la physiologie particulière de la région. Harkness a surtout insisté sur ces petits corps bruns (*brown bud like bodies*), qui, sous forme de grains d'une teinte brune, salissent la région habitée par le parasite. Ils sont figurés dans la planche annexée à son travail, mais ils faisaient complètement défaut dans le cas que j'ai pu observer de près et à maintes reprises.

Quels sont les effets produits par la présence du phthirius sur les paupières? Les observations sont sur ce point étrangement discordantes. Il va sans dire que je néglige celles où il n'est question que du passage ou de la présence fortuite d'un pou sur les paupières pour ne tenir compte que des cas de véritable colonisation. Or, même dans ces cas, il est avéré que l'installation, la reproduction de l'animal peuvent s'établir sans déterminer ni réaction, ni sensations anormales. Ma malade ne s'apercevait de rien, ne se plaignait de rien, pas de conjonctivite, pas de

blépharite, pas même de rougeur. J'accorde que ce soit là un cas exceptionnel, peut-être cette indolence était-elle en rapport avec un début récent, mais l'ignorance et, plus encore l'inintelligence où se trouvait plongée la fille entrée dans mon service, ne me permettent pas de formuler plus qu'une hypothèse à cet égard.

Ce qui s'observe plus communément, c'est une démangeaison plus ou moins prononcée, un prurit incommode, écrit Diday, très vif (Despagnet), léger (Corlieu), insignifiant (Cordier), avec quelquefois des picotements, de la cuisson.

Dans nombre de cas, ce prurit n'est accompagné d'aucun phénomène d'irritation appréciable, tandis qu'une blépharite légère est notée par les autres observateurs. C'est pour une blépharite d'apparence eczémateuse que vinrent à la consultation les malades de Stelwagon, Morton. Harkness crut tout d'abord à une ophthalmie chronique, mais le bord des paupières n'est ni rouge, ni luisant, ni boursoufflé, et l'on ne voit guère d'ulcération comme dans les inflammations de nature strumeuse ou eczémateuse, enfin la conjonctive reste le plus souvent étrangère au processus morbide. Il faut cependant citer quelques cas contraires à titre de rare complication. Pour un seul phtirius trouvé dans les cils, M. Hardy constate une conjunctivite intense, j'incline à croire que l'hémiptère avait gagné les cils après un séjour plus ou moins prolongé dans les culs-de-sac de la muqueuse. Ambroise Paré raconte qu'une femme était tourmentée d'un tel prurit, que pour le faire cesser elle se lavait les yeux de bien fort vinaigre, moyen de soulagement plus que douteux. Lawrence vit les yeux de son petit malade ulcérés, sanieux, très irrités. Celse l'avait déjà dit en son temps, « il survient un écoulement de pituite, les yeux s'ulcèrent et la vue s'altère ». Ce sont là, sans doute, les effets extrêmes d'un prurit et d'un grattage prolongés et poussés à un degré heureusement très rare, « par la grande friction, s'y fait défluxion », la succession des phénomènes n'a rien qui doive étonner, mais, répétons-le, elle sort du domaine des faits habituels.

En résumé, la seméiologie est restreinte, tout se borne communément au double point de vue objectif et subjectif à quelque rougeur, à un pointillé donnant à la région un aspect malpropre, poussiéreux, accompagné de démangeaisons fort tolérables.

Le mal qui nous occupe sera et a été certainement pris bien des fois pour une *blépharite eczémateuse* desquamante : on évitera cette erreur en remarquant la forme angulaire des squames, l'irrégularité des petites concrétions cireuses, leur facile apparence, leur volume généralement supérieur à celui des poux, la rougeur plus grande du bord ciliaire, et la moindre cuisson. Ajouterai-je que j'ai failli être induit en erreur en examinant une balayeuse dont les *cils surchargés de poussières* offraient d'une façon frappante l'aspect de la phthiriasse. La loupe est, dans chacun de ces cas, l'indispensable instrument du diagnostic.

IV

Le traitement doit s'attacher d'abord à tarir la source de la contagion. Les anciens qui croyaient à l'influence exclusive de l'état général prodiguaient les remèdes destinés à épurer les humeurs. Voici par exemple, et à titre de curiosité, les conseils édictés par Celse spécialement contre la phthiriasse des paupières. « Il faut prendre des lavements, se faire raser la tête et se la faire frotter souvent à jeun. On doit se promener et s'exercer beaucoup, user de gargarismes faits avec le *mulsum*, dans lequel on ait fait bouillir du calament et des figues grasses, se faire souvent dans le bain des fomentations sur la tête avec beaucoup d'eau chaude; éviter les aliments âcres, prendre de bon lait et de bon vin, boire plus qu'on ne mange, user intérieurement de médicaments adoucissants qui puissent modérer le cours de la pituite ». Guillemeau dit plus simplement : « Il faut que le malade use de bon régime de vivre, et qu'il soit purgé, attendu que les poux qui molestent le poil des paupières ne proviennent que d'une cacochymie ». Inutile d'insister davantage; avec quelques grammes d'onguent gris ou la mixture pétrole et baume du Pérou, un ou deux bains de sublimé à la rigueur, on aura bien vite, soit chez le malade, si c'est un adulte, soit chez la personne de l'entourage, convaincue de parasitisme, s'il s'agit d'un enfant, supprimé toute cause de contagion nouvelle. Il ne s'agit plus que de détruire le foyer local, oculaire; voyons par quel moyen on y arrivera.

« Vif argent, écrivait Paré, est ennemy mortel des poux, morpions, et cirons. » Tel est l'axiome dont se sont inspirés presque tous les auteurs de nos observations. On a dû donner, écrit Masselon, à propos de deux cas qu'il a bien voulu nous communiquer, une pommade à base mercurielle, comme dans la blépharite d'ailleurs. Lawrence prescrivit la pommade citrine, Steffen le précipité rouge, Diday le biiodure, Despagne l'oxyde jaune, Cordier la pommade Scherer, au précipité jaune, je crois. Je ne doute pas que, dans la majorité des cas, les résultats n'aient été satisfaisants, et pour avoir raison de quelques parasites isolés, cette méthode semble très suffisante.

Mais il en va tout autrement lorsqu'on a affaire à une colonie nombreuse, bien établie, avec des lentes en abondance. En pareil cas, la récurrence est la règle, si tant est qu'on arrive jamais par des moyens simples à un semblant de guérison. C'est pour triompher de cette ténacité du mal, et de ces repullulations incessantes qu'a été proposée et pratiquée comme moyen radical, la section de tous les cils, dans le but de faire disparaître à la fois le parasite et son terrain. Mais cette exécution même peut rester inefficace. Aucun fait n'est plus intéressant à cet égard que l'observation publiée par Ring en 1885. « On coupa les cils au ras de la peau de façon à ne laisser aucune lente, et on fit sur les

parties malades une application de pommade, à l'oxyde rouge de mercure. Au bout de 2 jours, le malade revint avec de nouveaux parasites. On en put détacher 8, puis on fit sur les paupières une application d'onguent bleu en recommandant au malade de ne pas se laver les yeux avant 3 ou 4 heures ; 3 jours après il revenait à l'hôpital avec toutes les apparences de la guérison, mais 15 jours plus tard, il y faisait de nouveau son apparition avec plusieurs lentes accrochées aux tronçons de ses cils, et 3 pediculi à leurs racines ». Dans l'un des 2 cas qu'il eut à traiter aux Quinze-Vingts, Trousseau fit d'abord et sans résultat, pendant 5 jours des applications de compresses trempées dans une solution de sublimé à 1/2000 ; puis on eut recours aux frictions d'onguent mercuriel, on en fit 2 par jour, pendant 2 jours, et l'effet en fut peu satisfaisant. C'est alors qu'on se décida à couper les cils le plus ras possible, opération qui fut encore suivie de deux frictions d'onguent hydrargyrique.

Ce grand déploiement de forces thérapeutiques ne semble-t-il pas un peu exagéré pour combattre une douzaine ou deux de poux, quelquefois moins. Qu'est-il besoin par exemple de saturer d'onguent gris une région déboisée puis dépeuplée ? craindre la récurrence en pareil cas c'est avouer qu'on n'a pas tari la source originelle ou qu'on admet les théories de Devergie sur la génération spontanée.

Pour procéder logiquement j'ai cru qu'il fallait suivre une autre voie, et qu'une fois tarie la source, il suffirait de faire disparaître d'un seul coup tous les parasites et tous leurs œufs. Mais pour cet anéantissement il me semblait superflu de sacrifier les cils, et infiniment préférable de sévir sur leurs seuls habitants. On a dit, je le sais bien, qu'il était fort difficile de saisir un phthirius et de l'extirper, et tout à fait impossible de vaincre la résistance des liens chitineux par lesquels l'œuf est relié au poil. Mais ces obstacles n'en sont pas si l'on s'arme d'une bonne loupe, d'une pince à griffes, et d'un peu de patience. Entre les mors on saisit l'animal, et quelle que soit sa situation on le fait sans peine glisser le long des poils, moyen très simple d'emporter à la fois la bête et ses œufs sans dépouiller aucun follicule. Rien n'est plus aisé en vérité, et je n'ai même pas eu besoin de tremper mes pinces dans le vinaigre comme le font les épouilleurs de profession pour amollir la chitine. J'ai pu, de cette façon, aidé par mon excellent interne M. Arnaud, extraire, ainsi que je l'ai dit plus haut, plusieurs centaines de poux avec des œufs en nombre très grand. Un œil débarrassé, je le mis sous l'occlusion d'un monocle, moins pour calmer l'irritation consécutive aux traumatismes répétés, que pour éviter la réinfection d'une séance à l'autre, car je n'opérai l'œil gauche que le lendemain. La guérison fut dès lors complète, ainsi que je l'avais prévu, et 3 semaines plus tard, quand je renvoyai la malade, elle ne s'était point démentie.

Tel est, à mon avis le seul procédé rationnel et radical ; s'il impose au médecin l'ennui d'une séance de fatigante attention et quelques dégoûts,

il évite au patient l'irritation causée par le séjour prolongé de pommades d'une efficacité douteuse, et tout au moins les graves inconvénients qu'entraîne toujours la perte même momentanée de l'appareil protecteur constitué par les cils.

ENQUÊTE SUR LA PRÉTENDUE ACTION TABÉTOGÈNE DU TRAITEMENT MERCURIEL. — QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LE TRAITEMENT DES SUJETS SYPHILITQUES PRÉDISPOSÉS AUX AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX

Par M. ALFRED FOURNIER.

I

Deux raisons m'ont conduit à instituer l'enquête dont il va être question.

La première, c'est l'impression affligeante qui a résulté pour moi de deux cas récents, dans lesquels j'ai vu aboutir au tabes deux sujets syphilitiques, en dépit d'un traitement antisypilitique régulier, rationnel, et longtemps poursuivi.

La seconde, c'est la nécessité de juger à leur exacte valeur les accusations qui, ces derniers temps, ont été formulées contre le mercure, en tant que cause possible du tabes chez les sujets syphilitiques. On a dit que peut-être bien le mercure n'était pas étranger à la fréquence de plus en plus indéniable du tabes chez les malades entachés de syphilis. On a même précisé, en ajoutant ceci : Le mercure est un poison vasculaire, qui s'en prend aux vaisseaux, à l'endothélium des vaisseaux. Or, en exerçant une action nocive de ce genre sur les vaisseaux à la fois si multiples et si déliés du système nerveux, ne pourrait-il pas compromettre la circulation de ce système à texture si délicate, si vulnérable, et par suite y devenir l'occasion de dégénérescences variées, dont la sclérose tabétique ne serait qu'un mode d'expression ?

Qu'y a-t-il de fondé, de vrai, dans cette nouvelle accusation fulminée contre le mercure, dans cette théorie du tabes à genèse mercurielle ? J'ai voulu m'en rendre compte, j'ai voulu, passez-moi l'expression, en avoir le cœur net, c'est-à-dire, édifier ma propre religion sur un point de thérapeutique qui, personne n'en doutera ici, comporte un intérêt de premier rang.

A cet effet, j'ai repris une à une les nombreuses observations que j'accumule de vieille date sur le tabes des syphilitiques, et consulté soigneusement chacune d'elles par rapport au point en litige. De ces observations, cela va sans dire, j'ai dû sacrifier bon nombre qui, pour telles ou telles raisons, ne contenaient pas de détails suffisants sur la nature et la durée du traitement suivi par les malades. Mais, toutes éliminations faites, je n'en suis pas moins resté en possession de 321 cas où les élé-

ments nécessaires à mon enquête spéciale se trouvaient formulés d'une façon assez précise, assez exacte, pour me permettre d'en tirer profit. C'est à l'analyse de ces observations que j'ai consacré quelques loisirs des dernières vacances, et voici les résultats auxquels j'ai abouti.

Comme antécédents thérapeutiques, chez ces 321 malades (tous entachés de syphilis indéniable et tous affectés de tabes non moins authentique), j'ai trouvé ceci :

D'abord, 16 cas où aucun traitement (ni mercuriel, ni autre) n'a été opposé à la syphilis avant l'invasion du tabes ;

8 cas où la syphilis a été combattue exclusivement par l'iodure de potassium, à l'exclusion du mercure ;

Puis, pour les malades soumis à un traitement anti-syphilitique préalablement au tabes (soit par le mercure seul, soit, plus souvent, par le mercure associé à l'iodure) :

70 qui n'ont subi qu'un traitement extrêmement court (*de quelques jours à deux mois*), c'est-à-dire insignifiant en tout état de cause ;

108 qui se sont traités *de trois à six mois* ;

51 » » *de sept mois à un an* ;

23 » » *un an (environ)* ;

20 » » *d'un à deux ans* ;

12 » » *deux ans (environ)* ;

5 » » *de deux à trois ans* ;

6 » » *trois ans (environ)* ;

2 » » *quatre ans*.

Les chiffres, a-t-on coutume de dire, ont leur éloquence. N'est-ce pas le cas ici ? Et, en effet, grâce aux chiffres qui précèdent, nous serons dispensés de longs commentaires. Jugez-en.

On nous dit que le mercure (employé thérapeutiquement contre la syphilis) agit ou peut agir à la façon d'un facteur *tabétogène*, et que ce n'est pas la syphilis, mais bien le mercure, qui produit le tabes. Soit ! mais, s'il en est ainsi, une conséquence s'impose au nom de la logique, au nom du simple bon sens : C'est que le nombre des sujets syphilitiques aboutissant au tabes doit s'accroître, s'élever, avec la durée, l'intensité de la mercurialisation ; c'est que, plus on a pris de mercure, plus on doit être exposé à contracter le tabes ; c'est que plus on s'est traité de la syphilis par le mercure, plus on court de risques vis-à-vis du tabes, et inversement.

Or, que dérive-t-il, à ce point de vue, de la statistique précédente ? Qu'en ressort-il comme résultats, comme enseignements d'expérience clinique ?

Deux faits majeurs, à savoir :

1^o D'abord, que, pour un certain nombre de cas, le mercure doit être absolument mis hors de cause par rapport à la genèse du tabes chez les

sujets syphilitiques, puisque, sur les 321 malades compris dans la statistique qui précède, il en est 24 (c'est-à-dire plus d'un sur treize) qui sont devenus tabétiques *sans avoir jamais absorbé un atome de mercure*. La démonstration, ici, est péremptoire, et de nature à satisfaire les plus exigeants.

2° En second lieu, que le nombre des sujets syphilitiques qui aboutissent au tabes suit une progression *descendante* au fur et à mesure que le traitement spécifique devient plus long et prend les caractères d'une médication susceptible d'effets thérapeutiques. Et, en effet, le chiffre des tabes qui, pour un traitement spécifique absolument court et notoirement inefficace, s'élève à 248, descend à :

20	pour un traitement de 1 à 2 ans ;
12	» » de 2 ans ;
5 ou 6	» » de 2 à 3 ans ;
2	» » de 4 ans.

En chiffres ronds, on peut dire ceci :

Sur les sujets syphilitiques soumis au mercure, il en est 21 (arithmétiquement 21,8) qui aboutissent au tabes après des traitements mercuriels courts, variables comme durée de quelques jours à un an ; tandis qu'il n'en est qu'un seul qui subisse le même sort après des traitements plus longs, à savoir de 2 à 4 ans.

Cela encore n'est-il pas absolument significatif ?

Or, voyez le démenti infligé par ce résultat à la théorie du mercure *tabétogène*. Dans cette théorie, la courbe de fréquence du tabes devrait s'élever avec l'intensité de la mercurialisation thérapeutique ; tout au contraire, elle s'abaisse et se déprime de plus en plus en cette condition. Je répète le mot de tout à l'heure : Est-ce qu'en face de tels résultats les chiffres ne sont pas plus éloquents que tout commentaire ?

On dira peut-être : « Mais ces chiffres ne sont qu'un trompe-l'œil. Car le groupe des syphilitiques qui se traitent peu étant notoirement très supérieur à celui des syphilitiques qui se traitent bien et longtemps, il suit de là, forcément, que le premier doit fournir au tabes un nombre de recrues bien plus considérable que le second ».

D'accord ! L'objection porte juste et je suis loin d'en méconnaître la valeur. Mais on m'accordera bien, en réponse, que la proportion des malades qui se traitent mal (qui se traitent moins d'un an, par exemple) est bien loin, par rapport à celle des malades qui se traitent plus correctement et plus longtemps, de répondre au chiffre de 22 contre 1, chiffre qui, nous venons de le voir, traduit la proportion des malades aboutissant au tabes à la suite d'un traitement écourté ou d'un traitement long. Je ne crains pas de dire qu'en ville surtout la proportion des malades correctement ou à peu près correctement traités s'élève bien plus haut, à 8 ou 10 environ sur 22.

Et, d'autre part, que de malades n'aurais-je pas à citer, que de malades chacun de nous, ici, n'aurait-il pas à citer, qui, à la suite et sans doute aussi par le fait d'un long traitement mercuriel, ont guéri de la syphilis sans aboutir au tabes !

Donc, il serait superflu, me semble-t-il d'insister davantage ; et je me crois autorisé à conclure, d'après les résultats de mon expérience personnelle, que l'accusation formulée contre le traitement mercuriel de la syphilis, en tant que constituant une prédisposition au tabes, une *cause de tabes*, ne repose sur aucune base sérieuse. Rien ne la légitime. Elle ne constitue qu'une assertion théorique, contre laquelle proteste l'impartiale observation.

II

Et cependant, un second fait, — celui-ci non moins authentique que le premier, bien malheureusement, — se dégage encore de la statistique que je viens de produire.

Ce fait, c'est qu'en dépit de traitements spécifiques rationnels et prolongés (que certains même pourraient considérer comme excessifs), on voit parfois des sujets syphilitiques aboutir au tabes. Ma statistique en fait foi. J'ai sous les yeux actuellement deux cas de cet ordre, dans lesquels le tabes s'est produit sur des hommes jeunes encore et bien constitués, alors que ces deux malades, je puis le dire, avaient tout fait, avaient religieusement fait, pour se guérir de leur syphilis, tout ce que la science actuelle prescrit contre la syphilis. Et néanmoins, les voilà tous deux tabétiques aujourd'hui, tabétiques même à un degré et sous des formes qui excluent toute espérance.

Sans doute, il n'est rien dans ce fait de spécial au tabes. Car toute manifestation syphilitique en est là ; j'entends qu'il n'est pas de manifestation de syphilis qui ne puisse se produire en dépit des traitements les plus méthodiques, les plus longs, les mieux et les plus ponctuellement suivis. Mais n'importe. Il n'en reste pas moins désolant, navrant, pour les malades et pour nous aussi, que les médications les plus rationnelles, les plus éprouvées, constituant ce qu'on pourrait appeler le dernier mot de la science contemporaine, n'aboutissent pas à mieux préserver les pauvres syphilitiques, c'est-à-dire, en ce qui concerne le tabes spécialement, les laissent exposés à la plus grave et la plus inexorable de toutes les conséquences possibles de la maladie. Cela, n'est-il pas vrai, est bien matière à réflexions et à tristes réflexions.

Or, cette impuissance de l'art, quelle peut en être la raison ? Cela, bien entendu, je l'ignore. M'est avis cependant que, pour une certaine part, les revers qui nous incombent, en pareille occurrence, restent vraisemblablement imputables à l'oubli de certaines indications thérapeutiques auxquelles on néglige généralement de satisfaire dans le traitement de la syphilis. Je m'explique.

Qu'arrive-t-il usuellement, neuf fois sur dix pour le moins, alors qu'un malade se présente à un médecin avec un accident quelconque de syphilis, tel que roséole, plaque muqueuse, gomme, etc; on prescrit à ce malade une formule quelconque de mercure ou d'iodure. Le remède agit comme il a coutume d'agir, et la lésion spécifique guérit. Le malade, alors, est enchanté de son médecin; le médecin n'est pas mécontent de lui-même, et tout est dit. Ainsi, sans contradiction possible se passent les choses, pour l'énorme majorité des cas.

Mais, véritablement, avons-nous rempli intégralement notre devoir médical, avons-nous fait tout ce qui est à faire, alors que nous nous sommes ainsi bornés à congédier notre malade avec une ordonnance de mercure ou d'iodure? Oui, pour certains cas, pour la plupart des cas même; mais *non* pour tous, vraisemblablement.

Et, en effet, un traitement parfait, irréprochable, idéal, de la syphilis, un traitement tel que nous souhaiterions tous qu'il pût être, pour le plus grand bien de nos malades et notre satisfaction personnelle, consisterait en ces deux points: 1° Guérir la syphilis dans ses manifestations actuelles; 2° Conjurer les manifestations d'avenir, directes ou indirectes, que la syphilis est susceptible d'éveiller, en raison des prédispositions, des tendances, des *tares* morbides du sujet infecté.

La syphilis en elle-même, la syphilis dirais-je, en tant que syphilis, nous la voyons certes, nous nous en préoccupons, nous cherchons à la combattre, et nous la combattons (ce n'est que justice à nous rendre) utilement, efficacement, quelquefois même brillamment.

Mais, quant aux conséquences morbides que l'infection syphilitique risque de déterminer d'une façon directe ou indirecte vers tel ou tel système organique, force m'est bien d'avouer que nous en tenons un bien moindre compte. Elles ne nous soucient que médiocrement et accessoirement. Je ne vois guère tout au moins, qu'en face d'un sujet qui se présente à nous, je suppose, avec de simples plaques muqueuses, nous nous préoccupions très vivement de son passé pathologique, de ses tendances morbides, de ses *tares* personnelles ou héréditaires; je ne vois guère que nous nous attachions à rechercher sur lui quel est « le lieu de moindre résistance », quel est le système défaillant et vulnérable qui se trouve *ipso facto* menacé pour l'avenir, etc; ou bien, si de telles préoccupations nous touchent, il faut bien avouer que notre thérapeutique ne les traduit guère, à en juger par son usuelle uniformité.

A notre décharge, je m'empresse de reconnaître qu'un diagnostic prévisionnel de ce genre, relativement aux *éventualités de localisations futures* d'une syphilis ne ferait guère que se heurter à des difficultés insurmontables, voir à des impossibilités. Quelles raisons dirigent la syphilis vers tel organe de préférence à tel autre? Nous n'en savons rien de rien le plus souvent. Pourquoi, chez ce malade, des lésions graves du système cutané, et chez cet autre des lésions du système muqueux? Pour-

quoi, chez celui-ci, une gomme musculaire, et chez celui-là, une sclérose du foie? Mystère, presque toujours mystère.

Et, cependant, l'étude de ce que j'appellerai les *causes localisatrices* de la syphilis, est-elle donc destinée à rester toujours et invariablement stérile? Je me refuse à le croire. Déjà, d'ailleurs, quelques-unes de ces causes ont pu être dégagées, ne serait-ce, par exemple, que l'influence brutale exercée par certains irritants locaux, tels que le tabac, sur les muqueuses de la bouche, sur la langue en particulier. Et de même, en ce qui concerne le système nerveux, il est de notion positive aujourd'hui que la syphilis est appelée, dirigée vers ce système par deux ordres de causes, à savoir : 1° le surmenage nerveux (surmenage intellectuel, moral ou physique); 2° l'hérédité nerveuse.

J'insiste sur ce dernier point, parce qu'il se rattache intimement au sujet de ma communication actuelle, et je dis : Très positivement, il est, parmi nos malades, des *prédestinés*, de véritables prédestinés aux accidents nerveux de la syphilis, que ces accidents soient de nature ou d'origine syphilitique, peu importe. Très positivement, il est des sujets dont on peut dire, le jour où ils contractent la syphilis : « Voilà des gens spécialement menacés pour l'avenir quant à leur système nerveux. Si la syphilis sur eux aboutit au tertiariisme, c'est au système nerveux que, suivant toute vraisemblance, ledit tertiariisme donnera l'assaut. » Chacun de nous a fait des prévisions de ce genre, que l'avenir a confirmées. Je n'en citerai qu'un exemple, qui, de vieille date déjà, m'a bien vivement frappé : Un médecin contracte la syphilis professionnellement. C'était non seulement un grand travailleur, un chercheur, un studieux par excellence; mais c'était aussi un de ces hommes à cerveau toujours occupé, tendu, toujours en état d'effort, d'enfantement. « Vous verrez, m'a-t-il dit bien des fois, que ma syphilis se portera quelque jour sur mon cerveau, et que c'est par le cerveau que, grâce à elle, je finirai. » Et, de point en point, sa prophétie se réalisa.

Eh bien, s'il en est ainsi, je demande, à ne parler pour l'instant que du système nerveux, si la thérapeutique usuelle de la syphilis, telle que nous la voyons couramment instituée, tient un compte suffisant des dangers auxquels se trouve spécialement exposé ce système de par l'infection syphilitique. Sans contradiction possible, de tous les systèmes organiques, c'est le système nerveux qui se trouve le plus souvent éprouvé par le tertiariisme. A ce point que, sur un total de 3,429 cas d'affections tertiaires, observées en ville, j'en ai trouvé 1,085 (c'est-à-dire près du *tiers*) d'ordre nerveux (1). Et je n'ai pas à dire quelle importance, quelle gravité peuvent affecter les lésions qui intéressent le névraxe ou ses dépendances.

Pour préciser, je demande si, dans l'état actuel des choses, l'ordonnance qui, je suppose, sera délivrée par l'un de nous aujourd'hui à un sujet syphilitique que ses aptitudes morbides, personnelles ou héréditaires

(1) *Arch. de méd.*, 1889 et *Congrès de dermat. et de syphiligraphie*, 1889.

constituent à l'état de *prédestiné* (passez-moi le mot) *vis-à-vis* des éventualités nerveuses du tertiariisme, diffère notablement, diffère, même en quoi que ce soit le plus souvent, de l'ordonnance que nous remettrons à un autre syphilitique heureusement indemne des mêmes et si dangereuses prédispositions.

Poser cette question, c'est presque y faire du même coup la seule réponse qu'elle puisse recevoir.

N'est-il donc pas d'indication spéciale à remplir vis-à-vis de ce *prédestiné* dont je parlais à l'instant, c'est-à-dire en faveur de cet homme que, de par ses tendances acquises ou innées, nous avons lieu de croire vraisemblablement exposé à des dangers spéciaux d'avenir ? N'est-il rien autre à faire pour lui que de lui délivrer, comme à tout autre, la banale formule de protoiodure, de sirop de Gibert, ou d'iodure de potassium ? Je ne puis le croire, je ne veux pas me résigner à le croire. Evidemment il est un *effort thérapeutique* à tenter en faveur du malade en question. Mais cet effort, comment le comprendre, et en quel sens le diriger ?

A commencer par un point qui ne souffre pas discussion, n'est-il pas manifeste qu'il faut avant tout recommander à cet homme une hygiène spéciale, à savoir celle qu'on lui prescrit plus tard — mais trop tard et quand il n'est plus temps — c'est-à-dire alors que son système nerveux a été offensé, lésé par la syphilis ? Donc, d'emblée et dès les premiers temps de l'infection, il y aura lieu de le soustraire, dans la mesure du possible, à toutes causes capables de créer des excitations morbides pour le système nerveux, telles que : excès de tout genre, et notamment, excès vénériens, travaux intellectuels exigeant une tension d'esprit assidue; excès alcooliques, excès de table; fatigues, veilles, turbulence de la vie mondaine, émotions de jeu ou de bourse; et même exercices de corps trop violents, en raison des raptus congestifs qu'ils peuvent déterminer vers le cerveau ou la moelle. A ce dernier propos, je rappellerai au passage le fait démonstratif d'un de mes malades qui fut pris d'une myélite spécifique mortelle à la suite d'une course folle en vélodépède de Paris à Amiens et d'Amiens à Paris.

Secondement, certains remèdes peuvent-ils être utiles en l'espèce ? Je ne saurais encore le dire. Empiriquement, le champ reste ouvert à toutes les tentatives; rationnellement, c'est à l'ordre des agents modificateurs du système nerveux qu'il conviendrait de s'adresser. Les bromures ou tous autres agents de même genre ne pourraient ils trouver ici d'avantageuses applications surtout chez certains sujets où prédomine d'une façon habituelle l'éréthisme nerveux ? Déterminer de temps à autre une sédation du système nerveux, ne serait-ce pas rendre ce système moins apte à subir les sollicitations morbides qu'il peut recevoir de la syphilis ? Cela encore reste à étudier.

En tout cas, l'hydrothérapie a sa place naturellement marquée dans un traitement de cet ordre, au titre d'agent tonique, d'agent régulateur des

fonctions nerveuses. On sait de reste quelle est son importance, quel est son rôle dans le traitement des affections du système nerveux ; or je ne crois pas son influence *préventive* inférieure à son action curative, tout au contraire. Dans cette pensée, j'ai pris l'habitude de prescrire systématiquement l'hydrothérapie à tous les sujets syphilitiques que leurs prédispositions héréditaires ou leurs tendances personnelles me permettent de considérer comme des prédestinés aux manifestations nerveuses, directes ou indirectes, de la syphilis. Et non seulement je la prescris d'emblée, c'est-à-dire au cours du traitement spécifique ; mais encore et surtout je la prescris au delà, après le traitement, et cela pour de longues années. Je la recommande même auxdits malades à titre de pratique habituelle, indéfinie.

Quels résultats pourront dériver d'un traitement *préventif* institué sur de telles bases ? Cela, bien entendu, je l'ignore et ne saurais le présumer. L'avenir seul nous éclairera à ce sujet.

Ce qui reste incontestable en tout cas, c'est qu'il nous incombe le devoir de tenter un effort dans le sens de l'*intervention préventive* dont je viens d'esquisser les bases.

D'autant que les résultats du traitement curatif sont bien loin d'être satisfaisants en l'espèce, comme nous le savons tous et de reste. Voyez plutôt (et j'appelle énergiquement votre attention sur ce point) quels sont ces résultats, même avec des médications énergiques, intensives, hardies, même entre des mains habituées à manier sans crainte le mercure et l'iodure.

1° Dans la syphilis cérébrale, à côté de résultats fort beaux, presque merveilleux quelquefois (le mot n'a rien d'exagéré), demi-revers et revers complets en nombre quelque peu supérieur à celui des guérisons.

2° Dans la syphilis médullaire, proportion des échecs, des désastres, bien supérieure à celle des succès.

3° Et, pour le tabes, c'est bien autre chose, à savoir quelques guérisons très clairsemées, voire taxées d'extraordinaires, auxquelles même (bien à tort) certains n'ajoutent guère foi en raison de leur caractère exceptionnel ; guérisons, en tout cas, exclusivement relatives à des cas où le tabes a été surpris à sa période embryonnaire ; — dans une étape plus avancée, possibilité éventuelle, mais très inconstante, d'enrayer, d'immobiliser la maladie, mais non de la guérir ; — et enfin contre l'ataxie confirmée, impuissance absolue.

4° Enfin, dans la paralysie générale d'origine syphilitique, autant d'échecs que de cas, au moins d'après mon expérience personnelle.

Lamentable bilan, comme vous le voyez ; et cela dans une maladie qui passe pour justiciable de deux grands remèdes, de deux remèdes tels qu'ils n'ont pas leurs égaux dans toute la thérapeutique.

En sorte que, vraiment, il ne serait pas superflu, me semble-t-il, de nous départir de la trop exclusive confiance que nous accordons à ces

deux remèdes, pour chercher une autre voie. Je sais bien que le traitement spécifique reste et restera toujours la meilleure sauvegarde pour protéger nos malades contre les éventualités d'avenir qui peuvent affecter le système nerveux aussi bien que tout autre système, et je ne propose en rien d'y renoncer, bien loin de là. Je suis un fervent admirateur, un adepte passionné du mercure et de l'iodure; inutile de faire sur ce point ma profession de foi, mais je ne puis néanmoins m'empêcher de reconnaître que ces deux utiles, bienfaisants, admirables remèdes (je répète le mot à dessein), sont loin de posséder contre les affections nerveuses originaires de la syphilis, et cela au double point de vue curatif et préventif, cette action souveraine, infaillible, que leur accordent certains médecins moins habitués que nous à les manier et, par conséquent, moins en situation de constater leurs défaillances.

En sorte, qu'ayant eu, pour ma part, à constater plus d'une fois ces défaillances, j'en suis venu à me demander s'il n'y aurait pas autre chose à faire que ce qui est de pratique usuelle, pour conjurer les imminences nerveuses de la syphilis tertiaire, notamment chez les sujets qui, soit par hérédité, soit par tendances acquises, y sont notoirement plus prédisposés que d'autres. J'en suis venu à me demander si, à côté du traitement spécifique, et parallèlement ou consécutivement à ce traitement spécifique, il n'y aurait pas lieu d'instituer une thérapeutique d'un autre ordre, thérapeutique *anti-nerveuse*, où l'hygiène, l'hydrothérapie, et peut être aussi quelques remèdes appropriés, seraient appelés à prendre place.

Pour le moins, on m'accordera que l'indication est rationnelle, et c'est tout ce que je suis en droit d'attendre pour elle comme appréciation. Quelques essais tentés en ce sens m'ont paru dignes d'attention; mais, encore une fois, je m'abstiendrai de citer des faits qui sont trop jeunes et trop peu nombreux pour avoir une signification. Encore une fois, je n'affirme rien, je ne suis en mesure de rien affirmer. Je propose et espère, ce qui est tout différent.

TABLE DES MATIÈRES

Acnéiforme. — Sur une nouvelle variété d'éruption acnéiforme de la face, par HALLOPEAU et CLAISSE.....	205
Acnitis. — Observation de folliculites généralisées et disséminées, ni fusionnées, ni agminées, pouvant être considérée comme un nouveau cas d'acnitis, par BARTHELEMY.....	42
Actinomycose. — Un cas d'actinomycose de la face, par DARIER et GAUTIER.....	278
Alopécie pseudo-peladique. — Sur une nouvelle variété d'angionévrose donnant lieu à des plaques d'alopecie pseudo-peladique, avec ischémie, anesthésie, achromatose et taches pigmentées, par HALLOPEAU.....	157
— Voir Pseudo-pelade avec plaques achromateuses et plaques hyperchromateuses, par ARNOZAN.....	352
Atrophodermie. — Un cas d'atrophodermie érythémateuse en plaques, à progression excentrique, par G. THIBIERGE.....	452
Blennorrhagie. — Des raisons qui semblent militer en faveur de la non-spécificité du gonocoque, par ERAUD.....	231
— Cas rare de déferentite et de vésiculite blennorrhagiques, par Ch. MAUBIAC.....	292
— Note sur l'albuminurie liée à la blennorrhagie, par BALZER et SOUPLET.....	285
— Note sur un cas de périostite de la face interne du tibia et de synovite tendineuse des extenseurs du pied, d'origine blennorrhagique, par OZENNE.....	122
— Rhumatisme blennorrhagique et syphilis. Traitement mercuriel des arthropathies gonorrhéiques, par MOREL-LAVALLÉE.....	227
— Le traitement mercuriel dans le rhumatisme blennorrhagique, par JULLIEN.....	245
Bromisme. — Éruption bromurique chez une enfant de 17 mois, par FEULARD.....	285
— Éruption bromurique chez un enfant de quatre ans, par CAYLA.....	287
— Éruption bromurique polymorphe chez une femme de 50 ans, par MARTY.....	376
Bubons. — Traitement abortif des bubons par des injections de benzoate de mercure, par E. WELANDER.....	79
Cicatrices. — Sur les caractères différentiels des cicatrices consécutives aux boutons des pays chauds et des cicatrices d'origine syphilitique, par HALLOPEAU.....	277
Dermatite. — Sur une dermatite papuleuse et érythémateuse de nature indéterminée, par HALLOPEAU.....	824 et 374
— Nouvelle étude sur la dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique, par HALLOPEAU.....	219
— Éruption pustuleuse, ecchymatoïde, des mains, des avant-bras et des bras, consécutive à l'accouchement d'une vache, par BARTHELEMY.....	305
Dermatite herpétiforme. — Nouvelle étude sur un cas de dermatite herpétiforme en cocarde, par HALLOPEAU.....	1 et 33
— Dermatite herpétiforme de Duhring ; variété pustuleuse et végétante, par HUDELO, L. WICKHAM et DARIER.....	444
Ecthyma. — Voir Dermatite.	
Engelures. — De quelques formes anormales d'engelures, par DUBREUILH et SABRAZÈS.....	300

Érythromélalgie. — Un cas d'érythromélalgie (maladie de Maurice Raynaud et maladie de Weir Mitchell), par MOREL-LAVALLÉE.....	354
Farcin. — Sur un cas d'infection farcino-morveuse chronique terminée par une poussée de morve aiguë, par HALLOPEAU et JEANSELME.....	163
— Farcinose mutilante du centre de la face survenue au cours d'une équinia chronique, début par morve pulmonaire. Gomme farcineuse unilatérale solitaire. Morve rénale. Mort par le rein, par E. BESNIER.....	184
— Diagnostic de la maladie précédente à l'aide de la bactériologie et des inoculations au cobaye, au chien et à l'âne; détermination de la lésion hématique, par QUINQUAUD.....	193
Hématangiome. — Voir Lymphangiome.	
Herpès. — Note sur un cas d'herpès menstruel confluent de la région sacrolombaire, par LAUSSE DAT.....	257
Huile. — Note sur la tolérance et la digestion de l'huile à haute dose par le tissu cellulaire sous-cutané, par BURLUREAUX.....	109
— Note préliminaire sur les injections hypodermiques, à haute dose, d'huile simple ou médicamenteuse dans le traitement de quelques affections tuberculeuses ou autres, et particulièrement à propos des accidents qui peuvent être observés au cours de ces injections, par ERNEST BESNIER.....	294
Hydrargyrie. — Hydrargyrie bulleuse (pemphigus hydrargyrique), par PETRINI.....	119
Hypertrophie de la main. — Un cas d'hypertrophie de la main, par DU CASTEL.....	93
— Hypertrophie congénitale de la main, par RICHARDIÈRE.....	128
Iodisme. — Iodisme cutané, par FEULARD.....	259
Kératodermie. — Sur un cas de kératodermie palmaire et plantaire unilatérale en foyers occupant les orifices audoripares, par HALLOPEAU et CLAISSE.....	116
Koch (lymphe de). — Traitement des lupus par la lympe de Koch, par VIDAL.....	18
— Note sur la méthode de Koch appliquée au traitement des tuberculoses tégumentaires en général et des lupus en particulier, par E. BESNIER.....	47
— Sur l'emploi thérapeutique de la lympe de Koch, par HALLOPEAU.....	69
— Sur un cas de mort et sur un cas d'ophtalmie grave consécutifs à l'emploi de la lympe de Koch, par HALLOPEAU.....	89
— Sur la persistance des effets curatifs de la tuberculine chez deux malades atteints de lupus, par HALLOPEAU.....	393
Lichen plan. — Un cas de lichen plan unilatéral gauche, ne dépassant pas la ligne médiane, et suivant le trajet des nerfs, par DJÉLALEDDIN MOUKHTAR.....	82
— Note sur un cas de lichen de Wilson chez une négresse, par GEORGES THIBIERGE et E. LEBEDDE.....	405
— Sur un lichen de Wilson avec cnomanie et dyschromies consécutives, par HALLOPEAU.....	453
— Nature et traitement du lichen de Wilson, par L. JACQUET.....	448
— Un cas de lichen plan traité par l'hydrothérapie, par JACQUET.....	380
— Nouveau cas de lichen plan guéri par l'hydrothérapie, par JACQUET.....	416
Lichen simplex. — Note sur un cas de névrodermite circonscrite (lichen circumscriptus des anciens auteurs, lichen simplex chronique de M. E. Vidal), par BROCCQ et JACQUET.....	103
— Du lichen simplex (aigu et chronique), par VIDAL.....	215
— Névrodermite aiguë diffuse chez une malade atteinte de plaques de névrodermite circonscrite chronique de la paume des mains, par BROCCQ.....	266
Lupus. — Sur l'évolution d'un lupus érythémateux en foyers multiples, par HALLOPEAU.....	369

— Traitement du lupus par le raclage à la curette tranchante, par A. BROCA.....	427
Lymphangiome. — Un cas de « lymphangiome circonscrit » des auteurs anglais (hématangiome dermo-papillaire et hypodermique), par GEORGES THIBIERGE..	401
Lymphangites. — Types cliniques des lymphangites ; la lymphangite « ampul- laire ». Perméabilité persistante des voies lymphatiques dans certaines variétés de lymphopathies, par MOREL-LAVALLÉE.....	132
Médicamenteuse (Éruptions). — Voir Bromisme, Hydrargyrie, Iodisme, Salol.	
Mycosis. — Cas de mycosis fongoïde généralisé, par BROOQ et MATTON.....	308
— Sur un cas de mycosis fongoïde avec érythrodermie caractéristique et adéno- pathies localisées, par HALLOPEAU.....	365
— Sur la forme érythrodermique généralisée du mycosis fongoïde et sur les pous- sées aiguës qui surviennent dans le cours de cette maladie, par HALLOPEAU et JEANSELME.....	436
Névrodermites. — Voir Lichen simplex.	
Pelade. — Un cas de pelade totale du cuir chevelu probablement d'origine ner- veuse, par BROUSSE.....	195
— Traitement des pelades et des folliculites par les injections hypodermiques de sublimé, par MOTY.....	255
— Pelade généralisée au cuir chevelu et à la face, traitée par le procédé du Dr Moty (injections antiseptiques et stimulantes intradermiques), par BARTHÉ- LEMY.....	421
— Pelade traitée par les injections intradermiques de sublimé, par BARTHÉLEMY.	443
— Voir Alopecie.	
Phthirias. — De la phthirias des paupières, par L. JULLIEN.....	457
Pityriasis rosé. — Un cas de pityriasis rosé, par TENNESON.....	419
— Voir Syphilis.	
Poils. — Nouveaux détails sur la destruction des poils par l'électrolyse, par BROOQ.....	198
Prurigo. — Note sur le traitement du prurigo de Hebra, par TENNESON.....	213
Rhinosclérome. — Rhinosclérome durant depuis dix-huit ans. Lésions du nez, de la lèvre supérieure, du voile du palais et de ses piliers, de l'épiglotte et du larynx. Accidents de suffocation, Trachéotomie, par VIDAL.....	342
— Recherches histologiques et bactériologiques sur le rhinosclérome, par JACQUET.	327
— Traitement du rhinosclérome, par ERNEST BESNIER.....	326
Salol. — Angine oedémateuse suraiguë consécutive à une éruption salolée de cause externe, par MOREL-LAVALLÉE.....	229
Sarcome. — Sur un cas de sarcome du voile du palais et du pharynx, par HAL- LOPEAU.....	811
Séborrhée. — Stéatorrhée généralisée avec lypémanie (séborrhée concrète géné- ralisée névropathique), par ERNEST BESNIER.....	345
Sérum de chien. — Sur la valeur thérapeutique des injections de sérum de chien, par FEULARD.....	381
Syphilis. — Rareté des contagions syphilitiques nosocomiales, par LE PILEUR.	125
— Chancres syphilitiques du prépuce, précocité de la lymphangite infectieuse empê- chant l'excision, par BARTHÉLEMY.....	162
— Chancres syphilitiques ; lymphangite moniliforme, par BARTHÉLEMY.....	41
— Chancres syphilitiques des avant-bras, par FEULARD.....	97
— Chancres syphilitiques multiples ou syphilides chancreiformes, par DU CASTEL.	248
— Sept chancres infectants de la face, par BROUSSE.....	211
— Contribution à l'étude des pseudo-chancres indurés, par HUMBERT.....	23
— Syphilis secondaire et pityriasis rosé, par A. RENAULT.....	40
— Roséole syphilitique et pityriasis rosé, par FEULARD.....	96
— Sur un cas de syphilides papuleuses en courbes concentriques et en cocardes, par HALLOPEAU.....	251

— Note relative à l'histoire de la syphilide, dite pigmentaire, par ALEX. RENAULT.	369
— Syphilide tuberculo-croûteuse excentrique, régulière et de dimension géante, par E. BESNIER.	326
— Syphilis ignorée et méconnue, vaste tumeur gommeuse de la cuisse datant de deux ans et guérie en deux mois par le traitement spécifique, par FEULARD.	34
— Sur un cas de syphilomes multiples des os intéressant particulièrement plusieurs vertèbres dorsales, par HALLOPEAU.	330
— Périostite du temporal avec myosite du temporal et du masséter, vraisemblablement d'origine syphilitique, par DUGUET.	38
— Syphilomatose tuberculo-gommeuse de la face, du col, etc., réunissant sur une même surface des lésions en acte et des altérations métasyphilitiques papillomateuses, chéloïdiennes, etc. Syphilomatose tertiaire polymorphe. Syphilis d'origine conceptionnelle. Particularités remarquables, par E. BESNIER.	274
— De l'amputation spontanée des orteils, chez les syphilitiques, par un processus ulcéreux, phagédénique, térébrant, par VIENNOIS.	358
— De certaines manifestations oculaires de la syphilis et de leur traitement, par ABADIE.	208
— Troubles nerveux d'origine syphilitique. Tabes par ataxie apparente, par FERRAS.	239
— Hystéro-syphilis, par FOURNIER.	396
— Enquête sur la prétendue action tabétogène du traitement mercuriel. Quelques réflexions sur le traitement des sujets syphilitiques prédisposés aux affections du système nerveux, par A. FOURNIER.	466
— Une observation de syphilis conceptionnelle, par P. RAYMOND.	75
— Documents sur la syphilis héréditaire, par JULLIEN.	139
— Hérédité syphilitique. Observations d'évolution anormale, par FERRAS.	144
— Syphilis héréditaire chez un enfant de 21 mois ; syphilides tuberculeuses sèches circonscrites de la face ; crâne natiforme ; avortements multiples chez la mère, par FEULARD.	8
— Paralysie des membres supérieurs chez une petite fille atteinte de syphilis héréditaire, par BARBE.	85
— Excision de chancres syphilitiques, par CH. MAURIAC.	290
— Excision des chancres syphilitiques, par JULLIEN.	306
— De l'excision du chancre syphilitique, par HUMBERT.	383
Trichophytie. — Note sur les résultats obtenus dans le traitement de la trichophytie du cuir chevelu à l'école des teigneux de l'hôpital Saint-Louis, par QUINQUAUD et BUTTE.	152
Trichorrhexis. — Recherches sur la trichorrhexis nodosa, par PAUL RAYMOND.	339
Tuberculose. — Traitement des tuberculoses ganglionnaires par les injections d'huile créosotée à haute dose, par BURLUREAUX.	149
— Ulcère tuberculeux des lèvres, par TROISIER et MÉNÉTRIER.	420
Urticaire pigmentée. — Note sur l'histologie de l'urticaire pigmentée, par QUINQUAUD et NICOLLE.	263
Vaccination. — Syphilis et vaccination, par MARESCHAL.	11
Vaccine. — Observation de vaccine généralisée suivie de mort, par GAUCHER.	21
Vergetures. — Vergetures des membres inférieurs pendant la convalescence d'une dermatite exfoliative, par DU CASTEL.	378
Vitiligo. — Un cas de vitiligo probablement symptomatique d'une maladie d'Addison, par ALBERT MATHIEU.	349
Xanthélasma. — Xanthélasma multiple, plan et tubéreux, périfolliculaire en plusieurs régions, chez un rhumatisant non glycosurique, par VIDAL.	4
Zona. — A propos de la névrite du zona, par BARTHÉLEMY.	383

TABLE DES NOMS D'AUTEURS

- | | |
|---|---|
| <p>Abadie, 208, 210.
 Arnouan, 352.
 Augagneur, 146, 147, 149.
 Balzer, 229, 235, 374.
 Barbe, 85.
 Barthélemy, 30, 41, 42, 147, 151, 162, 210, 257, 284, 289, 300, 305, 307, 323, 382, 388, 419, 421, 443.
 Besnier (Ernest), 7, 18, 41, 47, 78, 94, 95, 99, 184, 246, 250, 256, 274, 294, 309, 310, 319, 320, 326, 345, 351, 352, 374, 381, 389, 395, 396, 405, 418, 419, 420, 425, 434, 435, 443, 444, 446, 447, 451.
 Beurmann (de), 374.
 Broca (A.), 427, 436.
 Brocq, 102, 198, 266, 308, 310, 311, 447.
 Brousse, 195, 211.
 Burlureaux, 109, 149, 257.
 Butte, 152.
 Cayla, 287, 289.
 Claisse, 116, 206.
 Cruyl, 155.
 Darier, 278, 444, 446.
 Djélaledin-Moukhtar, 82.
 Dubreuilh, 300.
 Du Castel, 93, 131, 246, 248, 320, 378.
 Duguet, 38.
 Eraud, 231.
 Ferras, 144, 147, 239.
 Feulard (Henri), 8, 34, 96, 97, 100, 127, 147, 259, 311, 331, 374, 444.
 Fournier (Alfred), 29, 30, 40, 41, 78, 250, 259, 262, 288, 289, 396, 420, 446, 466.
 Gaucher (Ernest), 21, 148.
 Hallopeau, 1, 4, 7, 33, 69, 89, 116, 154, 156, 157, 163, 205, 219, 251, 255, 262, 277, 289, 307, 311, 320, 324, 365, 373, 374, 389, 393, 396, 435, 436, 446, 447, 455.
 Hardy, 4, 7, 95, 100, 247, 255, 311, 389, 395, 435, 436.</p> | <p>Hudelo, 444.
 Humbert, 23, 30, 383.
 Jacquet, 102, 289, 327, 380, 416, 419, 446, 448.
 Jeanselme, 163, 436.
 Jullien, 31, 139, 149, 245, 251, 306, 457.
 Lailler, 18, 100, 127, 257, 419.
 Laussedat, 257.
 Le Pileur, 102, 125.
 Leredde, 405.
 Mareschal, 11.
 Marty, 376.
 Mathieu (Albert), 349, 352, 381.
 Matton, 309.
 Mauriac (Charles), 263, 290, 292.
 Ménétrier, 420.
 Morel-Lavallée, 30, 132, 227, 229, 288, 289, 299, 339, 354, 381.
 Moty, 255, 257, 424, 425, 444.
 Netter, 328.
 Nicolle, 263.
 Ozenna, 122.
 Petrin, 119.
 Quinquaud, 152, 154, 155, 193, 263.
 Raymond (Paul), 75, 339.
 Renault (Alex.), 40, 210, 308, 310, 369, 447.
 Richardière, 128.
 Sabrazès, 300.
 Souplet, 235.
 Tenneson, 213, 419, 420.
 Thibierge (Georges), 95, 101, 401, 405, 419, 447, 452.
 Troisier, 420.
 Verchère, 101.
 Vidal (Émile), 4, 8, 18, 94, 95, 154, 156, 210, 215, 250, 256, 272, 284, 298, 306, 311, 319, 342, 351, 378, 435, 445, 446, 451, 455.
 Viennois, 358.
 Welandier (Edouard), 79.
 Wickham (Louis), 444.</p> |
|---|---|
-



FOR REFERENCE

NOT TO BE TAKEN FROM THE ROOM



CAT. NO. 22 012

PRINTED
IN
U.S.A.

25118

